

CAPITAL SOCIAL ET ÉTAT DE SANTÉ :
UNE ÉTUDE QUALITATIVE À PROPOS DE QUELQUES IMMIGRANTS
AFRICAINS DE SUDBURY (CANADA)

PAR BOROMA SANOU

Thèse présentée pour répondre
à l'une des exigences de la
maîtrise ès arts (MA) en sociologie

Faculté des études supérieures
Université Laurentienne
Sudbury (Ontario) Canada

© SANOU BOROMA 2016

THESIS DEFENCE COMMITTEE/COMITÉ DE SOUTENANCE DE THÈSE
Laurentian Université/Université Laurentienne
Faculty of Graduate Studies/Faculté des études supérieures

Title of Thesis
Titre de la thèse

CAPITAL SOCIAL ET ÉTAT DE SANTÉ : UNE ÉTUDE QUALITATIVE À
PROPOS DE QUELQUES IMMIGRANTS AFRICAINS DE SUDBURY
(CANADA)

Name of Candidate
Nom du candidat

Sanou, Boroma

Degree
Diplôme

Maîtrise en arts

Department/Program
Département/Programme

Sociologie

Date of Defence
Date de la soutenance 13 octobre, 2015

APPROVED/APPROUVÉ

Thesis Examiners/Examineurs de thèse:

Dr. Monique Benoit
(Supervisor/Directeur(trice) de thèse)

Dr. Rachid Bagaoui
(Committee member/Membre du comité)

Dr. Anne Marise Lavoie
(Committee member/Membre du comité)

Dr. Lamine Diallo
(External Examiner/Examineur externe)

Approved for the Faculty of Graduate Studies
Approuvé pour la Faculté des études supérieures
Dr. David Lesbarrères
Monsieur David Lesbarrères
Acting Dean, Faculty of Graduate Studies
Doyen intérimaire, Faculté des études supérieures

CLAUSE D'ACCESSIBILITÉ ET PERMISSION D'UTILISER DES DOCUMENTS

Je, **Boroma Sanou**, accorde à l'Université Laurentienne et à ses agents l'autorisation non exclusive d'archiver ma thèse ou mon rapport de projet et d'en permettre l'accès, en tout ou en partie et dans toute forme de média, maintenant ou pour la durée de mon droit de propriété du droit d'auteur. Je conserve tous les autres droits de propriété du droit d'auteur de la thèse ou du rapport de projet. Je me réserve également le droit d'utiliser dans de futurs travaux (comme des articles ou des livres) l'ensemble ou des parties de ma thèse ou de mon rapport de projet. J'accepte en outre que la permission de reproduire cette thèse de quelque manière que ce soit, en tout ou en partie à des fins savantes, soit accordée par le ou les membres du corps professoral qui ont supervisé mes travaux de thèse ou, en leur absence, par le directeur ou la directrice de l'unité dans lequel mes travaux de thèse ont été effectués. Il est entendu que toute reproduction ou publication ou utilisation de cette thèse ou de parties de celles-ci à des fins lucratives ne doit pas être autorisée sans ma permission écrite. Il est également entendu que cette copie est présentée sous cette forme par l'autorité du titulaire du droit d'auteur uniquement pour fins d'études et de recherches particulières et ne doit pas être copiée ou reproduite sauf en conformité avec la législation sur le droit d'auteur sans l'autorisation écrite du titulaire du droit d'auteur.

RÉSUMÉ

Afin de comprendre la dynamique des interactions entre le capital social et l'auto-évaluation de la santé des immigrants francophones, une étude qualitative a été réalisée de janvier à avril 2014 auprès de 22 immigrants originaires d'Afrique vivant à Sudbury. L'analyse des résultats, inspirée de la « Grounded Theory », a identifié quatre principaux thèmes tels que le capital social, l'accès et l'utilisation des services, les habiletés personnelles et les attitudes de la population d'accueil. Le capital social est faible en général. La solitude, la dispersion de la famille, la faiblesse du réseau des amis et des connaissances, la faiblesse du réseau associatif, la méconnaissance des règles et des lois et les obstacles liés à l'emploi, à la communication, aux diverses formes d'exclusion, au choc culturel sont responsables de frustrations, d'inquiétudes, de privations génératrices de stress qui à la longue peuvent avoir un impact négatif sur la santé physique et surtout mentale. À ces facteurs, s'ajoute pour certaines personnes, la faible accessibilité/utilisation des services, les habiletés personnelles parfois limitées et les expériences négatives vécues devant les attitudes de la population d'accueil.

Mots clés : Capital social - Réseau social – Intégration sociale- Exclusion sociale - Auto-évaluation de la santé-Santé des immigrants- Immigration- Immigrants africains- Théorisation ancrée- Grounded Theory - Canada-Ontario-Sudbury

REMERCIEMENTS

Je remercie ma directrice de thèse, Dre Monique Benoit, pour les connaissances qu'elle m'a données pendant la formation et pour avoir accepté de conduire cette thèse malgré ses multiples occupations et son temps précieux. Je remercie le Dr Rachid Bagaoui, membre du jury pour avoir accepté de juger cette thèse, j'ai acquis du savoir inespéré à son contact et ses conseils lors de la conception de cette étude. Je remercie la Dre Anne Marise Lavoie d'avoir accepté de participer à l'évaluation de cette thèse à titre de membre du Jury. Je remercie le Dr Lamine Diallo, membre du Jury pour avoir accepté de juger mon travail malgré ses multiples préoccupations.

Je remercie les autres enseignants du cours de maîtrise (Dre Aurélie Lacassagne et Dr Run Min Zhou) pour l'attention académique qu'ils m'ont procurée. Je remercie les différentes secrétaires du département de sociologie pour leur disponibilité à mon égard. Je remercie les immigrants qui ont accepté de partager leurs expériences et dont les témoignages m'ont permis de faire cette recherche. Je remercie tout personnel du Centre de Santé communautaire du Grand Sudbury, en particulier Monique Beaudoin, Denis Constantineau et Guylaine Trudel qui m'ont permis d'avoir accès à leurs données. Je remercie Lucie Morillon pour son aide lors de la retranscription des interviews.

Je remercie mon épouse, mes enfants et toute ma famille pour leur soutien moral pendant ce travail. Je remercie le Contact Interculturel Francophone de Sudbury pour avoir mis à ma disposition une salle pour réaliser des interviews, Je remercie enfin toutes les personnes qui de près ou de loin ont contribué à la réussite de ce travail.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	iii
REMERCIEMENTS.....	iv
TABLE DES MATIÈRES	v
LISTE DES TABLEAUX.....	viii
LISTE DES ANNEXES	ix
LISTE DES ABRÉVIATIONS	x
PRÉAMBULE	xi
INTRODUCTION.....	xii
CHAPITRE 1: PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE	1
1.1. Le problème à l'étude.....	1
1.1.1. Le capital social et santé en situation d'immigration	1
1.1.2. La population immigrante au Canada.....	3
1.1.3. Les programmes d'aide à l'établissement et l'intégration des immigrants	5
1.2. Contexte de l'étude.....	6
1.2.1. Aperçu du système de santé canadien	7
1.2.2. Les mesures prises pour la santé des immigrants	8
1.2.3. Description du processus d'immigration.....	9
1.2.4. Les services d'intégration des immigrants à Sudbury	10
1.3 Objectifs de la recherche.....	12
1.4. Question et hypothèse exploratoire de recherche	12
1.5. Pertinence de la recherche	13
1.6. Résumé	14
CHAPITRE 2: RECENSION DES ÉCRITS.....	15
2.1. La contribution des immigrants au Canada	15
2.2 Les recherches sur la santé des immigrants au Canada	16
2.3 Les déterminants de santé affectant les immigrants	18
2.3.1. Le capital social sur la santé ou capital santé	18
2.3.2. Les conditions de vie matérielle et le choc culturel	19
2.3.3. L'incidence des maladies chroniques	21
2.3.4. La réalité sociale, économique et le système de santé de la société d'accueil.....	21
2.3.5 La racialisation et la pauvreté économique de l'immigrant	22
2.4 Les études sur le capital social, l'état de santé des immigrants au Canada	24
2.5 Résumé	25
CHAPITRE 3: CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL	26
3.1 Les origines du concept de capital social	26
3.1.1. Le concept de capital social chez Coleman	27

3.1.2. Le concept de capital social chez Putnam	28
3.2 Cadre Théorique : capital social chez de Bourdieu.....	28
3.2.1. L'influence du statut de l'immigrant sur son réseau social	300
3.3 Cadre conceptuel	31
3.3.1. Le concept de réseau social	31
3.3.2. Le concept d'intégration	33
3.3.3. Les concepts de soutien social et de communauté d'appartenance	33
3.4 Les immigrants	35
3.5. Résumé	36
CHAPITRE 4: MÉTHODOLOGIE	37
4.1 Cadre de l'étude.....	38
4.2 Le Centre de Santé communautaire du Grand Sudbury (CSCGS).....	38
4.3 Méthode de recherche	39
4.3.1. Population à l'étude	40
4.3.2. Plan d'échantillonnage	41
4.3.3. Caractéristiques de l'échantillon	41
4.3.4. Techniques et outils de collecte des données	45
4.3.5. Analyse des données.....	45
4.4 Considérations éthiques	47
4.5 Résumé	47
CHAPITRE 5: RÉSULTATS SUR LE CAPITAL SOCIAL	48
5.1 Le capital social chez les immigrants.....	48
Thème 1 : Le contexte de l'immigration	52
Thème 2 : Les amis et connaissances	55
Thème 3 : Les groupes d'appartenance	59
5.2 Accès et utilisation des services	60
Thème 4 :L'accès à l'aide institutionnelle.....	60
Thème 5 :L'accès aux autres services	62
5.3 Les habiletés personnelles.....	66
Thème 6 : La langue	66
Thème 7 : Les efforts personnels à faire.....	67
Thème 8 : Les attitudes de la population d'accueil	69
5.4 Résumé	70
CHAPITRE 6: RÉSULTATS SUR LE CAPITAL SOCIAL ET L'ÉTAT DE SANTÉ DES IMMIGRANTS	72
6.1 L'autoévaluation de l'état de santé.....	72
6.2 Le capital social et l'état de santé des immigrants.....	73
6.3 Thème 1 : Les stress et malaises liés à l'absence de capital social.....	84
6.3 Thème 2 : Les problèmes familiaux et santé	86
6.4 Thème 3 : Différences de genre et capital social	91
6.5 Thème 4 : Le réseau social et l'état de santé	93
6.6 Thème 5: L'accès aux services.....	96
6.7 Thème 6 : L'accès à l'emploi et les attitudes de la population d'accueil.	100

CHAPITRE 7: DISCUSSION	104
CONCLUSION.....	113
BIBLIOGRAPHIE	118
ANNEXES.....	133
LEXIQUE	147

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Caractéristiques générales de l'échantillon	43
Tableau II: Score pour le capital social des répondants.	50
Tableau III: score du capital social selon les caractéristiques sociodémographiques	51
Tableau IV : capital social (variables) et appréciation de l'état de santé	74
Tableau V: Capital social (score) et appréciation de l'état de santé	76
Tableau VI : Description du groupe 1	78
Tableau VII : Description du groupe 2	81
Tableau VIII : Description du groupe 3	83
Tableau IX: Aperçu synoptique de la population étudiée	105

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Formulaire de recrutement	134
Annexe 2 : Guide d’entrevue	135
Annexe 3 : Données sociodémographiques	136
Annexe 4 : Formulaire de consentement	141
Annexe 5 : Lettre de partenariat avec le CSCGS	144
Annexe 6 : Lettre d’approbation du comité d’éthique	145
Lexique	147

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CIC : Canada Immigration et Citoyenneté

CIFS : Contact interculturel francophone de Sudbury

CLIC : Cours de langue pour les immigrants au Canada

CSCGS : Centre de santé communautaire du Grand Sudbury

OMS : Organisation mondiale de la Santé

R : Répondant ou répondante

YMCA : Young Men's Christian Association

YWCA : Young Women's Christian Association

PRÉAMBULE

Natif de l'Afrique, j'ai terminé des études en médecine et exercé au Burkina Faso. En raison de mon métier, j'ai séjourné dans de nombreux pays africains et occidentaux. J'ai donc eu la chance de côtoyer plusieurs cultures et de connaître des systèmes de santé différents. Mon expérience et ma formation m'ont montré que l'état de santé d'une personne dépend de l'interaction de plusieurs facteurs. Aussi, les déterminants sociaux de la santé et notamment les conditions de vie socioéconomiques font rarement partie des facteurs dont tiennent compte les médecins lorsqu'ils abordent la personne dans leur cabinet. La présente étude me permettra d'aborder cet aspect important de la santé me permettant d'avoir une vision plus large tout en me détachant des aspects purement biomédicaux de la santé et de la maladie pour mieux comprendre l'influence des interactions sociales sur l'organisme humain. En termes plus précis, il s'agit pour moi de comprendre la qualité de l'intégration sociale et sa relation avec le bien-être physique et la santé mentale de la personne immigrante. À ce propos, les immigrants africains, en particulier ceux provenant de pays subsahariens, constituent une population idéale pour moi parce que j'en fais partie. Je suis donc issu de ce mode de vie et de cette culture, et enfin je connais assez bien les systèmes de santé de leurs pays d'origine

Certes, les immigrants africains qui arrivent au Canada proviennent de différents pays et ne sont pas de culture homogène. Cependant, ils sont plus proches entre eux, du moins, plus que de la culture d'accueil occidentale telle que le Canada propose. Qui plus est, les systèmes de santé des pays africains et leurs profils épidémiologiques sont généralement dominés par les maladies infectieuses; ils sont assez semblables, du moins en ce qui concerne les pays africains au sud du Sahara.

INTRODUCTION

Le Canada est l'un des rares pays qui a affiché clairement une volonté politique de faire de l'immigration la principale stratégie pour combler le déficit démographique et assurer son développement économique et social. Le Canada a toujours été une terre d'accueil et depuis plus de dix ans, le pays accueille sur son sol entre 200,000 et 280,000 immigrants chaque année (CIC, 2014). Parmi ces nouveaux arrivants, les Africains, cibles de notre étude, constituent une part non négligeable de cette population (Milan, 2011; Statistiques Canada; 2011). À titre indicatif, de 2008 à 2011, le Canada a reçu au total 1,025,615 résidents permanents dont 124,615 (soit 12,14%) étaient originaires de pays africains (Milan, 2011). Nous pensons que cette population mérite d'être étudiée et particulièrement en ce qui concerne son état de santé. Les immigrants sont habituellement acceptés sur le territoire à titre de résidents permanents et plus tard, ils pourront être naturalisés canadiens. Un des critères de la naturalisation, comme le prévoit le projet de loi C-24 (Parlement du Canada, 2015; Association du barreau canadien, 2014), s'il est retenu, est l'apport économique qui doit être démontrée lors de la déclaration du revenu. Cette question financière est cruciale notamment dans l'idée de contribuer efficacement à la croissance du pays, comme le prétend le projet de loi. La contribution financière est également à la base de l'état de santé des immigrants afin qu'ils puissent fonctionner dans la vie quotidienne pour être capables de faire face efficacement aux défis de leur intégration dans la société canadienne.

La présente recherche vise à mieux comprendre les problèmes liés à la santé que rencontrent les immigrants africains qui viennent au Canada. Elle permettra de montrer que l'arrivée au Canada oppose les immigrants africains à un nouveau contexte culturel, socioéconomique, géographique et à un système de santé tout aussi différent de celui qu'ils ont connu jadis dans leurs pays d'origine. Cette situation oblige les nouveaux arrivants à développer dès leur arrivée un capital social, c'est-à-dire à créer ou à s'insérer dans un réseau de relations sociales qui peuvent donner accès à des ressources et à des soutiens et qui leur permettra de faire face aux problèmes quotidiens de la vie avec plus d'efficacité. Bien que le capital social soit un concept polysémique qui suscite actuellement beaucoup de débats en sociologie, son importance est démontré dans

beaucoup de domaines comme l'économie, la politique, la criminalité, la recherche du travail et dans le domaine de la santé. Cette polysémie tient du fait que toutes les approches du capital social tournent autour de termes comme la participation sociale, la coopération, la solidarité, la cohésion sociale, la confiance, la méfiance, la réciprocité, l'efficacité institutionnelle, la communauté, les réseaux sociaux. En dépit de cette polysémie, l'importance du capital social est reconnue dans la société en générale. En immigration importance du réseau social est encore plus pertinente. À leur arrivée en terre étrangère généralement les immigrants y connaissent moins de personnes que dans le pays d'origine. Ils ont le plus souvent moins de gens sur qui compter. Par conséquent, ils peuvent avoir moins d'opportunité de bénéficier de soutiens que la majorité de la population qui y vit depuis longtemps. Ceci a une influence sur toutes les dimensions de la vie y compris la santé. Le capital social va constituer pour les nouveaux arrivants, un gage d'intégration sociale. C'est ainsi que ces deux figures de l'immigration mèneront certains africains possédant un mauvais capital social à développer des problèmes d'intégration menant à des problèmes de santé physique et psychologique plus ou moins graves.

Notre étude a pour objectif de saisir l'influence du capital social sur la santé en ce qui concerne les immigrants nouvellement arrivés au Canada et plus précisément dans le Grand Sudbury.

Au premier chapitre, nous présentons la problématique, la question de recherche et les hypothèses de travail. Au deuxième chapitre, nous effectuons la recension des écrits. Au chapitre trois, nous développons le cadre théorique et conceptuel. Au chapitre quatre, nous abordons la méthodologique de la recherche. Au cinquième chapitre, nous avançons les principaux résultats de recherche ainsi que les analyses qui les supportent. Au sixième chapitre, la discussion se fait autour de nos résultats. Nous concluons à la fin en revisitant le parcours de notre analyse en lien avec notre problématique.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE

Ce premier chapitre décrit la problématique de recherche que nous avons développée. Il s'agit de la contribution du capital social à l'explication de l'état de santé des immigrants africains au Canada. Il donne un aperçu sur le capital social et ses implications avec la santé surtout dans le contexte de l'immigration. Puis, il aborde assez sommairement les programmes d'aide à l'établissement et l'intégration des immigrants, du système de santé canadien y compris l'état de santé des immigrants. Nous ferons aussi une description succincte du processus d'immigration, des stratégies d'adaptation et des effets du milieu sur la santé des immigrants vivant à Sudbury. La troisième et dernière partie de ce chapitre porte sur l'énoncé des objectifs de la recherche, la question de recherche, les hypothèses de travail et la pertinence de la recherche.

1.1. Le problème à l'étude

Le problème que nous souhaitons étudier repose sur le concept de capital social de santé des immigrants à Sudbury. Pour ce faire, il est essentiel de décrire la population des personnes nouvellement arrivées et les programmes d'aide à l'établissement et d'intégration que la société d'accueil a mis en place pour ces immigrants.

1.1.1. Le capital social et santé en situation d'immigration

Peu de recherches jusqu'à présent ont interrogé la santé des nouveaux arrivants avant l'immigration et celle qui prévaut après leur établissement en pays d'accueil. Une telle connaissance pourrait permettre d'agir sur le capital social de santé des immigrants. Dans un article intitulé "*Capital social, santé et minorités francophones*", Bouchard, Gilbert, Landry et Deveau (2006) soulignent que :

« Le capital social, défini sous l'angle des réseaux sociaux et des ressources

qu'ils renferment, s'avère un concept fructueux sur plusieurs plans, notamment sur la santé, le développement social, économique et le bien-être des communautés ainsi que comme outil dans la mise en œuvre des politiques sociales à l'égard de populations marginalisées, des aînés et des immigrants sortis de l'aide sociale" (Bouchard , 2006 :2).

Ces auteurs identifient le capital social comme un important «déterminant social de santé»; il peut expliquer les caractéristiques de santé de certaines populations. Nous pourrions ajouter que le capital social s'avère un terrain fructueux pour l'étude des immigrants dans la mesure où il existe des recherches (Macinko, 2001; Hawe, 2000; Berkman, 2000); les écrits tirés de la recherche font ressortir une association entre les réseaux sociaux et les taux de morbidité et de mortalité notamment l'étude de Putnam (Putnam, 1993). Les études mettent en évidence que les personnes qui n'ont pas de soutien social sont deux à cinq fois plus susceptibles de décéder de toutes causes de mortalité que celles qui sont insérées dans des réseaux sociaux (Bouchard et collab., 2006, p. 2). Afin de comprendre de quoi se compose le capital social, comment il fonctionne et qu'il produit, Bouchard et ses collaboratrices ont identifié dans une recension des écrits plusieurs approches pertinentes à notre recherche. Il y a l'approche synergétique de Woolcock et Narayan (2000) qui combine à la fois la structure des réseaux et les ressources qui y sont contenues. Cette approche synergétique « est intéressante parce qu'elle permet de puiser à différents niveaux d'analyse et de tenir compte des contextes particuliers qui donnent vie aux réseaux » (Bouchard, 2006 :2).

L'approche de Lévesque et White (1999), quant à elle, permet de distinguer le courant fonctionnaliste et le courant réticulaire. Développé par Coleman (1988) puis par Putnam (1993, 1995), ce courant fonctionnaliste renvoie à des « caractéristiques de l'organisation sociale telles que la confiance, les normes de réciprocité et les réseaux sociaux qui peuvent accroître l'efficacité de la société en facilitant des interventions concertées. » (Bouchard, 2006 :2). L'impasse de cette définition est son caractère trop hétérogène où déterminants, sources et effets se confondent, affirment Bouchard et ses collègues (2006) inspirés par le travail de Portes (1998).

Une autre approche appelée approche en réseau développée par Bourdieu (1980) et Lin (1995, 1999, 2000) vise «la possession d'un réseau durable de relations plus ou

moins institutionnalisées d'interconnaissances et d'intraconnaissances» (Bourdieu, 1980 :2). Dans cette approche, les réseaux sociaux permettent aux individus et aux communautés d'accéder aux ressources dont disposent les groupes qui forment ces réseaux (Bouchard, 2006, p.3) et «plus les liens sociaux sont nombreux, plus ils sont diversifiés, plus la probabilité d'accès à des ressources différentes sera accrue (Bouchard, 2006; Lévesque, 1999; Lin, 1995).

Dans le cadre de notre recherche, nous privilégions l'approche structurelle qui nous apparaît répondre davantage aux besoins de notre questionnement sur les immigrants nouvellement arrivés en sol canadien. Il s'agit de savoir si la quantité et la diversité des liens sociaux favorisent l'accès aux ressources, permet de soutenir un état de santé stable et en continuité avec les objectifs fixés par la venue au Canada. Attardons-nous maintenant au profil des immigrants faisant partie de notre recherche.

1.1.2. La population immigrante au Canada

La population du Canada comptait 35, 675,800 habitants au premier octobre 2014 (Statistique Canada, 2014). En 2011, il y avait 6, 775,800 personnes nées à l'étranger soit 20,6% de la population totale (Statistique Canada, 2011). De 2006 à 2013, le Canada a reçu près de 2,034, 167 immigrants (Statistique Canada, 2014) à raison d'environ 250,000 personnes chaque année. Parmi ces nouveaux arrivants, 875,156 se sont établis en Ontario (Statistique Canada, 2014). La grande majorité des immigrants (94,8%) vivent dans quatre provinces: l'Ontario, la Colombie-Britannique, le Québec et l'Alberta alors que 62,5% des immigrants récents habitent dans trois villes, Toronto, Montréal et Vancouver (Statistique Canada, 2011). La circonscription sanitaire de Sudbury et son district comptait 191, 760 personnes dont 10,930 nés à l'étranger (5,7%) (Statistiques Canada, 2013). Quant à la ville du grand Sudbury elle comptait 160,274 habitants (recensement 2011) dont 935 noirs (0, 6%) (Grand Sudbury, 2011). La ville de Sudbury a une longue histoire d'accueil et elle intensifie l'ouverture aux communautés noires francophones depuis quelques années. Aussi, au plan historique, la plupart des immigrants provenaient d'Europe et les personnes nées en Asie constituent actuellement le groupe le plus important. Une augmentation de la part des immigrants récents en

provenance d'Afrique, des Antilles et d'Amérique latine est observée. (Statistique Canada, 2011).

Notre attention portera sur les immigrants originaires d'Afrique notamment à cause du nombre de plus en plus important de ce groupe nouvellement arrivé au Canada depuis les années 1980 (Chouinard, 1983). Bien que les principes de l'immigration canadienne s'appliquent à des ressortissants de tous les pays du monde, l'affluence des immigrants noirs ou africains au Canada a commencé à prendre de l'ampleur (Chouinard, 1983). En effet avant 1971, les personnes nées en Afrique représentaient 1,9% des immigrants. Cette proportion a augmenté jusqu'à 7,3% au cours des années 80. Au cours de la période entre 2006 et 2011 environ 145,700 immigrants sont arrivés d'Afrique soit 12,5% du total des immigrants (Statistique Canada, 2011). À cet égard, c'est le 29 octobre 2008 que le sénat (Parlement canadien, 2015) reconnaissait le mois de février comme le mois des noirs après son adoption par la Chambre des communes du Canada en 1995 (Chambre des communes, 1995).

Que cette Chambre prenne note de l'importante contribution de la population noire canadienne à l'établissement, à la croissance et à l'essor du Canada, de la diversité de la communauté noire au Canada et de son importance dans l'histoire du pays, et qu'elle reconnaisse le mois de février comme le mois de l'histoire des Noirs (Parlement canadien, 2015).

Ceci montre l'importance accordée à cette population au Canada. Ces immigrants jouissent de tous les droits garantis par la Charte canadienne des droits et libertés, tels que les droits à l'égalité, les garanties juridiques, la liberté de circulation et d'établissement, ainsi que la liberté de religion, d'expression et d'association. Ils ont aussi droit à la santé par la voie de l'assurance maladie universelle qui couvre toute la population du pays. Les immigrants ne font pas exception à cette règle puisque la santé fait partie intégrante du processus d'immigration. Aussi, il nous apparaît important de questionner l'état de santé des populations noires et africaines qui immigreront au Canada et plus particulièrement dans le nord de l'Ontario, soit à Sudbury. Situé au nord de l'Ontario et connu pour ses hivers rigoureux, Sudbury est une petite municipalité qui depuis quelques années ouvre

ses portes à une immigration noire. Sur la toile *d'Immigration Sudbury*, nous trouvons, à cet égard, les phrases suivantes :

L'influence de différentes valeurs culturelles, ethniques et pédagogiques, notamment, a joué un grand rôle dans la formation et l'expansion de toute la communauté du Grand Sudbury. Le 4 juillet 2005, le conseil municipal du Grand Sudbury a adopté à l'unanimité le Plan sur la diversité. Ce dernier constitue une partie essentielle du projet « Vive la diversité chez nous! » dont le but est d'encourager les initiatives communautaires qui embrassent la diversité et visent en fin de compte à créer un milieu où tous les citoyens, en particulier les Autochtones, les Francophones, les immigrants et les groupes multiculturels, disposent d'une structure de services efficaces pour répondre à leurs besoins. (Immigration Sudbury, 2013)

Cette ouverture de l'agglomération du Grand Sudbury à l'égard de l'immigration ne permet pas de montrer précisément comment les immigrants, en particulier les immigrants provenant d'Afrique, parviennent à s'intégrer en sol « sudburois » et ne tient pas compte du capital social de santé de cette population. Notre étude tente de comprendre l'effet du capital social sur l'état de santé de ces communautés qui immigreront au Canada entre leur arrivée et pas plus de dix années plus tard. Notre recherche vise, en somme, à comprendre l'état de santé mentale et physique des populations immigrantes d'origine africaine à Sudbury, ainsi que les facteurs liés au capital social contribuant à leur intégration au sein de la population canadienne.

1.1.3. Les programmes d'aide à l'établissement et l'intégration des immigrants

Parmi les soutiens offerts aux immigrants, les programmes d'aide à l'établissement et l'intégration des immigrants sont offerts par des services privés ou gouvernementaux et comprennent essentiellement, le programme de formation linguistique à travers le cours de langue pour les immigrants au Canada qui est offert à tous les immigrants adultes (Becklumb, 2008; Kunz, 2005). Ces adultes peuvent les fréquenter à temps plein ou à temps partiel pendant un maximum de trois ans. Les services de garde des enfants sont offerts dans quelques centres et les frais de transport

sont également gratuits (Becklumb, 2008). Le programme d'établissement et d'adaptation des immigrants offre également des services d'accueil et d'orientation, des services de counseling, d'information, de traduction et d'interprétation, de perfectionnement professionnel, des services d'aiguillage vers d'autres organismes communautaires et de l'aide pour la recherche d'emploi (Becklumb, 2008; Kunz, 2005).

Le programme d'aide au ré-établissement offre, quant à lui, des services immédiats (Becklumb, 2008; Kunz, 2005) tels que des maisons d'accueil aux réfugiés pris en charge par le gouvernement et un soutien financier pendant un maximum d'un an jusqu'à ce que la personne soit autonome. Le programme d'accueil existe pour permettre à des volontaires ou des résidents permanents canadiens de diverses villes d'accueillir des nouveaux arrivants avec leur famille. Éventuellement, ce programme pourra leur permettre de surmonter le stress de l'immigration, se familiariser avec les services disponibles ainsi que leur utilisation, pratiquer et améliorer l'anglais ou le français et aider à avoir du travail dans leur domaine de formation. Ces initiatives permettent aux Canadiens hôtes d'échanger au plan culturel avec des personnes d'autres pays, d'autres langues, de se faire de nouvelles relations amicales et finalement de renforcer la vie communautaire. Le programme d'emprunts aux immigrants consent des prêts aux réfugiés parrainés et à d'autres personnes protégées qui viennent au Canada. Le prêt peut couvrir, par exemple, le coût des examens médicaux qui font partie du processus de sélection et le coût du transport vers le Canada (Becklumb, 2008; Kunz, 2005).

Malgré la mise en place de ces programmes d'aide à l'établissement et l'intégration des immigrants, il n'y a pas de mécanismes pour veiller à ce que les nouveaux arrivants les utilisent systématiquement (Caidi, 2005). Certains tenteront une intégration dans la société d'accueil à l'aide de parents, d'amis ou de connaissances. Aussi, l'importance du capital social inégalement réparti peut jouer au détriment de ceux qui en ont peu ou pas.

1.2. Contexte de l'étude

Le contexte de notre étude repose sur un aperçu du système de santé canadien, les mesures prises pour la santé des immigrants, la description du processus d'immigration, les services d'intégration des immigrants à Sudbury.

1.2.1. Aperçu du système de santé canadien

Le système de santé canadien est basé sur l'assurance maladie universelle, laquelle veille à ce que tous les résidents aient un accès raisonnable aux services hospitaliers et médicaux sans avoir à déboursier directement de leur poche. Le financement du système de santé est perçu par le ministère des Finances par la voie des impôts des contribuables canadiens. Le financement du système de santé au Canada est assuré par le gouvernement fédéral par l'intermédiaire des transferts fiscaux du gouvernement fédéral aux provinces et territoires (Chandrakant, 1995). Les fonds proviennent des recettes générales des impôts prélevés par le gouvernement fédéral, les gouvernements provinciaux et territoriaux, comme l'impôt sur le revenu des particuliers et des sociétés, les taxes de vente, les retenues à la source et d'autres recettes.

Le système de santé publique du Canada a connu de nombreux changements depuis ses origines (Chandrakant, 1995). Il a d'abord connu des phases d'expérimentations dont une première en Saskatchewan (1947), une autre quelques années suivantes en Colombie-Britannique et en Alberta en 1950. Ces provinces ont été les premières à mettre en place un régime public d'assurance-hospitalisation universelle (Chandrakant, 1995). Ces initiatives ont été entreprises avant que le gouvernement fédéral ne s'implique progressivement pour adopter en 1957, la loi sur l'assurance-hospitalisation (Chandrakant, 1995).

La prestation des services de santé au Canada se fait à trois niveaux (Chandrakant, 1995). La première ligne compose les services de santé primaires, à travers les cabinets privés (de médecins), les cliniques (groupe de médecine familiale, infirmières praticiennes ...) et les centres de santé communautaire. Elle est le premier point de contact avec le système de santé canadien. La deuxième ligne, formée par les services secondaires, regroupe les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée et les établissements de soins palliatifs. La troisième ligne, aussi appelée services supplémentaires, s'adresse aux personnes ayant des besoins spéciaux. Ce sont surtout les personnes âgées, les enfants et les bénéficiaires disposant d'un faible revenu qui y font appel. Ces prestations de soins supplémentaires comprennent souvent les médicaments d'ordonnance pris à l'extérieur des hôpitaux, les soins dentaires, les soins de la vue, le

matériel médical et les appareils (prothèses, fauteuils roulants, etc.) autant que les services d'autres professionnels de la santé comme les physiothérapeutes (Chandrakant, 1995).

Aussi, les nouveaux arrivants ainsi que leur famille, peu importe leur provenance et leur condition de santé, ont accès dès leur arrivée au Canada à l'ensemble de ces soins et services. Les études montrent cependant que les immigrants demandent très peu de services de santé dans les cinq premières années de leur arrivée; toutefois que certains immigrants auront recours à des services principalement parce que leur santé se détériore suite aux circonstances entourant leur immigration (Kirmayer, 2011; Beiser, 2005) et plus précisément leurs difficultés d'intégration sociale. Pour quelques-uns d'entre eux, l'intégration au nouveau milieu ne se fait pas aussi facilement qu'ils le voulaient. Par exemple, l'accès à un emploi entraînera des stress physiques, psychologiques et des inquiétudes pouvant mener à développer des problèmes de santé. Le travail physique plus particulièrement implique souvent des problèmes psychologiques. Des troubles mentaux, découlant de grands stress, mèneront à du découragement voire même à la dépression (Khanlou, 2010; Ng, 2010; Xu, 2010; Beiser, 2010; Wilson 2010; Mackenzie, 2010; Fang 2010; Rousseau, 2010;). Parfois des maladies psychologiques plus graves apparaîtront telles que la schizophrénie (Favard, 2015). Cette situation nous amène à nous interroger sur l'état de santé des immigrants au Canada.

1.2.2 Les mesures prises pour la santé des immigrants

La santé des immigrants a toujours été une préoccupation majeure des politiques gouvernementales du Canada (Santé Canada, 2010). Avant la Deuxième Guerre mondiale, l'objectif des gouvernements était d'éviter la propagation des maladies infectieuses. L'accent était donc mis sur le dépistage et les mesures de quarantaine pour protéger la population. Actuellement le système de santé publique canadien a élargi l'offre de services pour tenir compte des facteurs sociaux entourant les problèmes de santé. Avec le rapport Lalonde publié en 1974 (Lalonde, 1974), le système de santé publique du Canada a tenu à intégrer les plus vulnérables de la société dont font partie notamment certains migrants. Les mesures prises sont axées sur les déterminants sociaux

de la santé ainsi que leurs répercussions sur la santé des différents groupes de la population.

Par ailleurs, les inégalités de santé des populations constituent à l'heure actuelle une autre des grandes préoccupations de santé publique canadienne. Il faut savoir que chez les immigrants les disparités de santé sont souvent associées à leurs degrés de vulnérabilité, car les nouveaux arrivants ne constituent pas un groupe homogène (Santé Canada, 2010). À l'intérieur des catégories d'immigrants, il existe une grande hétérogénéité. Le processus de migration est d'autant plus difficile puisqu'il repose très souvent sur un manque de compétences linguistiques et de difficultés financières. S'ensuivent des difficultés d'intégration qui peuvent favoriser le déclin de l'état de santé. Le capital social permet alors de saisir le niveau d'intégration des immigrants à la structure même de la société.

Par ailleurs, les instances fédérales, pour prendre en compte la particularité des nouveaux arrivants, offrent des services d'urgence aux réfugiés dès leur arrivée, financent des interventions auprès des communautés d'immigrants et des programmes de recherche pour mieux décrire l'état de santé des migrants et mieux comprendre l'évolution de leur santé au fil du temps (Santé Canada, 2010).

1.2.3 Description du processus d'immigration

Lorsqu'une personne décide d'aller s'installer dans un autre pays, cette personne constitue à la fois un émigrant pour son pays d'origine qu'elle quitte et un immigrant dans le pays où elle arrive nouvellement. Dans son pays quand l'émigrant postule pour s'installer au Canada, le Ministère responsable de l'immigration (Canada Citoyenneté et Immigration, CIC) évalue son dossier à partir d'un système de pointage. Sur 100 points, 10 points sont accordés à la capacité d'adaptation (CIC, 2015). En plus des exigences financières, un minimum de 67 points est requis pour être admissible.

En général, les personnes parrainées pour regroupement familial ne sont pas soumises à cette évaluation. Le candidat à l'immigration, quand il dépose sa demande, peut donc être admis, si le CIC estime qu'il est en bonne santé physique sans pour autant remplir le critère d'adaptabilité. Au candidat qui immigré pour des raisons économiques, familiales ou politiques, la capacité d'adaptation n'est en réalité souvent pas une priorité

et n'est pas considérée comme un critère déterminant pour l'acceptation de son dossier. Si le candidat passe cette étape, il subit des examens médicaux pour évaluer son état de santé physique et mental. Les candidats ayant des maladies graves sont exclus du processus (Hyman, 2010; CIC, 2010). Le constat que nous pouvons faire est que des deux côtés, aussi bien pour le CIC que pour l'immigrant, la capacité d'adaptation n'est pas prioritaire et bien souvent les immigrants se disent qu'ils pourront s'adapter une fois arrivés au Canada. C'est donc une place relativement modeste qui est accordée à la capacité d'adaptation.

Au cours du processus d'immigration, les immigrants vivront des expériences personnelles pouvant avoir des conséquences positives ou négatives sur leur état de santé. L'immigration se fait en plusieurs étapes allant de la préparation, à l'immigration proprement dite, jusqu'à l'adaptation et l'intégration après l'arrivée au Canada (Kunz, 2005, Quell, 2002,). Pendant la phase pré migratoire, les immigrants se renseignent sur la culture, les coutumes en essayant d'améliorer leurs compétences linguistiques, économisent de l'argent et parfois entrent en contact avec des organisations ou des personnes qui résident déjà dans le pays d'accueil.

Une fois arrivé, s'il s'agit d'un premier voyage dans la société d'accueil, le choc culturel est grand relativement aux interactions avec les individus et les institutions liés à la satisfaction de leurs besoins immédiats. La période d'adaptation correspondra alors à l'amélioration de leurs compétences linguistiques, à la recherche d'un emploi ou d'un meilleur emploi, à la conquête d'une meilleure connaissance de la culture d'accueil et au développement du sens d'appartenance et des réseaux sociaux pouvant les aider à s'insérer dans la société d'accueil. L'intégration complète de l'immigrant selon Kunz (2005) correspond généralement à l'obtention de la citoyenneté, à une plus grande participation aux activités politiques et civiques et à un meilleur emploi.

1.2.4 Les services d'intégration des immigrants à Sudbury

Émile Durkheim (1969), sociologue français bien connu a montré, à l'aide du concept d'anomie, que le manque d'adaptation d'une personne à son environnement socioculturel et économique peut se répercuter négativement sur sa santé physique et/ou mentale. Pour prévenir de telles situations, des dispositions sont prises à travers des

services fédéraux, provinciaux ou municipaux pour aider à faciliter l'intégration des nouveaux arrivants au Canada. Cependant, il n'y a pas de mécanismes pour veiller à ce que les nouveaux arrivants soient adéquatement intégrés dès leur arrivée. Cela dépend parfois des ressources humaines mises à la disposition des immigrants et des régions où ils s'implantent. En réalité, beaucoup d'immigrants doivent se débrouiller et créer leur propre réseau social à travers leur capital social pour s'intégrer comme ils le peuvent.

.À Sudbury, plusieurs types de services sont offerts aux immigrants à travers des organismes fédéraux, provinciaux ou municipaux tels que les Services d'aide à l'emploi du Grand Sudbury; le Sudbury Multicultural Folk Arts Association, le YMCA et YWCA Services d'emploi; partenaires locaux en immigration, Citoyenneté et Immigration Canada, actuellement fermé (Grand Sudbury, 2008). Les services offerts aux nouveaux arrivants comprennent entre autre : la recherche du logement, l'accès aux services sociaux et de santé, l'aide à la recherche d'emploi, la préparation des CV et des lettres d'accompagnement, l'évaluation des compétences linguistiques (anglais), les cours d'anglais et de français, l'aiguillage vers les programmes de formation, d'éducation, l'accès gratuit au téléphone, télécopieur et Internet, l'aide dans les plans d'affaires et les démarrages d'entreprises, les conseils juridiques, l'organisation d'activités culturelles et récréatives. Pendant longtemps, le Contact interculturel francophone de Sudbury était un véritable centre d'accueil des nouveaux arrivants à Sudbury; malheureusement, l'organisme a été fermé faute de financement adéquat de la part du gouvernement fédéral.

Afin d'alléger le stress qu'engendre le mouvement d'acculturation généré par le nouvel environnement culturel et en raison de barrières linguistiques¹ que connaissent une forte proportion des immigrants, il existe des services chargés de les aider à s'installer et à s'adapter au Canada. Ces services rendus aux immigrants du Grand Sudbury demeurent limités considérant les besoins grandissants de cette communauté (Parven, 2009). D'après le forum sur l'immigration de 2008 (Grand Sudbury, 2008), l'insuffisance des informations sur les services de soutien à l'immigration, l'absence d'un bureau d'agrément pour la reconnaissance des compétences acquises à l'étranger, le manque de logement abordable, l'absence d'un programme d'accueil pour accélérer

¹Plusieurs immigrants en provenance d'Afrique connaissent le français et rarement l'anglais. Cette dernière langue peut constituer une barrière linguistique s'ils arrivent dans une province *anglomajoritaire*.

l'intégration et le besoin de services de soins de santé sensibles aux différences culturelles constituent les principales difficultés qu'affrontent les nouveaux arrivants qui élisent domicile dans le Grand Sudbury. Dès lors, nous pouvons supposer que les immigrants canadiens, à l'instar de tout immigrant qui se retrouve de ce fait dans un nouveau contexte socioculturel et économique, représentent des personnes à risque de ne pas pouvoir s'intégrer facilement à la société d'accueil et conséquemment de développer des problèmes de santé liés à l'immigration.

1.3 Objectifs de la recherche

Les recherches montrent que la santé des immigrants est souvent affectée par plusieurs facteurs qui relèvent à la fois des expériences pré migratoires et des conditions d'adaptation du pays (Beiser, 2010 ; De Maio, 2010 ; Zhao, 2010 ; Wilson, 2010 ; Diallo, 2007 ; Mahe, 1995 ; Carballo, 2005 ; Zheng, 2005 ; Beiser, 2005). Il est établi que des facteurs sociaux comme l'intégration des nouveaux arrivants dans le nouveau système social et économique plus précisément le capital social, le réseau social des nouveaux arrivants jouent un rôle non négligeable sur leur état de santé. Cependant les mécanismes par lesquels ces facteurs sociaux interagissent, comment se font les interactions des nouveaux arrivants avec la nouvelle communauté, ne sont pas encore bien étudiés. Cette recherche vise à étudier le capital social et sa contribution à la perception de l'état de santé chez la population immigrante d'origine africaine récemment arrivée à Sudbury

1.4 Question et hypothèse exploratoire de recherche

Cette recherche vise à découvrir comment ce capital social influence la perception que les immigrants ont de leur état de santé. L'importance du capital social est, selon nous, au cœur à la fois du problème et de la solution de la situation de santé des immigrants. Nous posons comme hypothèse de départ qu'un mauvais soutien social est une cause du mauvais état de santé des immigrants. Cela signifie que les immigrants qui ont une mauvaise appréciation de leur état de santé physique et mentale sont ceux qui n'ont pas suffisamment d'interactions avec les membres de leur famille, avec un cercle

élargi de connaissances; ils ne sont pas présents au sein de groupes ou d'associations. En somme, le capital social servirait la plupart des immigrants à disposer de suffisamment de ressources pour les aider efficacement à compter sur un bon état de santé, à maintenir leur santé ou à retrouver un meilleur état de santé.

1.5 Pertinence de la recherche

Le contexte politique en faveur de la recherche sur la santé des immigrants, la quasi-inexistence d'études antérieures sur la santé des immigrants d'origine africaine à Sudbury, les données factuelles sur les difficultés qu'affrontent les nouveaux arrivants qui s'établissent dans le Grand Sudbury (peu de services qui se focalisent sur les problèmes que rencontrent les immigrants dans leur intégration, l'insuffisance d'information sur les services et les ressources disponibles) (Parven, 2009), le rôle que joue l'intégration sociale dans la détermination de l'état de santé, l'absence de mécanismes pour veiller à ce que les nouveaux arrivants soient adéquatement intégrés à leur nouvelle société adoptive, sont autant de motifs pour qu'une étude soit faite dans la ville de Sudbury.

Au Canada, il existe des études assez diverses sur la santé des immigrants. Ces recherches se limitent aux réfugiés (Diallo, 2007; Beiser, 2010) ou à des groupes ethnoculturels précis, les facteurs culturels et les réfugiés. Nous avons par exemple l'étude de Rousseau (2010) met en évidence la plus grande proportion des jeunes originaires des Philippines, des caraïbes, du Maghreb/Moyen-Orient, de la Chine, d'Haïti, d'Amérique latine, du Pakistan, à avoir des troubles du comportement en raison des discriminations qu'ils subissent à l'école ou dans la communauté (Rousseau, 2010). Les facteurs culturels, notamment le sentiment de honte, la stigmatisation, la description des symptômes, la communication et le sentiment de discrimination qui contribuent à la sous-utilisation des services de santé mentale par les immigrants originaires de Chine sont abordés dans l'étude de Fang (2010). Il existe des inégalités de santé entre les groupes ethnoculturels parmi les immigrants.

Bien qu'il y ait diverses études menées sur la santé des immigrants au Canada, il n'y a pas de données factuelles sur l'autoappréciation de la santé des immigrants nouvellement arrivés à Sudbury et de surcroît, en provenance d'Afrique. Il est important

de comprendre comment les immigrants saisissent leur situation de santé et comment cet état impute sur leur vie quotidienne. L'autoévaluation de leur état de santé est un bon point de départ que nous pouvons mettre en parallèle avec leur capital social.

1.6 Résumé

Pour résumer l'essentiel de ce chapitre portant sur la problématique de notre recherche, il faut retenir que les immigrants constituent une catégorie sociale qui peut être vulnérable. Leurs problèmes de santé, malgré l'assurance maladie universelle, ne sont pas nécessairement les mêmes que ceux des Canadiens d'origine. Le processus de l'immigration est très stressant et la qualité de l'intégration peut influencer sur la santé. Malgré la mise en place de programmes d'aide à l'établissement et l'intégration, il n'y a pas de mécanismes pour veiller à ce que les nouveaux arrivants les utilisent systématiquement. Ces immigrants vont généralement compter sur les relations sociales qu'ils ont établies sur place pour se sortir d'affaire. Il est important d'observer que la population du Grand Sudbury qui est anglophone en majorité s'établit sur un espace très étendu. Cette situation peut représenter des défis importants pour les immigrants en provenance des pays d'Afrique à majorité francophone. Les immigrants africains constituent une part non négligeable de la population canadienne pour qui il est important de pouvoir bien s'intégrer et participer au développement socioéconomique, démographique et social du pays. À Sudbury, nous en sommes au début de l'immigration en provenance d'Afrique et c'est pour cela qu'une étude du capital social s'impose de plus en plus. L'intégration des immigrants à Sudbury suppose qu'il faut fonctionner comme tout le monde en affrontant les obstacles de la vie comme la majorité des autres Canadiens, sans que les difficultés soient insurmontables. Il faut que leur état de santé ne soit pas un empêchement à leur développement et qu'elle permette d'atteindre leurs objectifs.

Le prochain chapitre est une recension des écrits sur la santé des immigrants en relation au capital social que l'on peut expliquer brièvement comme l'ensemble des relations sociales que nous tissons au sein de la famille, ou dans un cercle plus grand constitué par les amis, les associations, les services et sur lesquels nous pouvons compter pour faire face à nos problèmes quotidiens.

CHAPITRE 2

RECENSION DES ÉCRITS

Le présent chapitre est une brève revue de la littérature sur l'immigration, la santé et le capital social des nouveaux arrivants au Canada. La première partie aborde la contribution des immigrants au Canada et les recherches sur la santé des immigrants en tenant compte de ce que l'on appelle « l'effet de l'immigrant en bonne santé ». Dans la seconde section, il est question des déterminants de santé affectant les immigrants tels que : le capital social sur la santé; les conditions de vie matérielle et le choc culturel; l'incidence des maladies chroniques; la réalité sociale, économique et le système de santé de la société d'accueil; et la racialisation et la pauvreté de l'immigrant. Nous abordons, à la toute fin, les études portant sur l'impact du capital social et l'état de santé des immigrants canadiens au cœur de notre étude.

2.1 La contribution des immigrants au Canada

Pour contribuer efficacement au développement du pays, il est important que les immigrants puissent maintenir un bon état de santé. Il est donc admis que ce n'est pas seulement l'accès au système de santé qui a une incidence sur la santé, mais aussi la qualité de l'intégration dans la société d'accueil (Franke, 2006; Berkman, 2000). Les recherches menées sur la santé des immigrants au Canada concernent des populations spécifiques telles que les immigrants chinois, indiens, cambodgiens de Hong Kong, de la Corée, de Taïwan et du Vietnam (Nanhou, 2014 ; Pahwa, 2012; Maria Chiu, 2011; Wong, 2010 ; Zhao, 2010; Ng, 2011a, Ng, 2011b; Ng, 2010; Nanhou, 2008 ; Beiser, 2005; Ali, 2002; Pérez, 2002; Chen, 1996). Il y a un avantage sur le plan sanitaire à vivre dans un environnement où il y a beaucoup de personnes qui ont la même origine ethnoculturelle (Xu, 2010). En effet, selon une étude de Statistiques Canada (2003), le premier facteur qui détermine le choix d'une région d'établissement chez les immigrants est la présence de proches dans la région. La proximité avec les proches constitue le motif

d'établissement qui a été cité par 59 % des immigrants interrogés. Le facteur qui suivait en importance (mentionné par 14 % des immigrants) était fondé sur les perspectives d'emploi. Près de 5 % ont choisi leur destination en fonction des possibilités de poursuivre une formation, 5 %, du mode de vie et 4 %, de l'accès au logement. Nous constatons donc que les parents, les amis et les réseaux sociaux apparaissent comme des facteurs déterminants sur le choix d'une région d'établissement.

2.2 Les recherches sur la santé des immigrants au Canada

Les recherches sur la santé des immigrants au Canada font les constats suivants. À leur arrivée au Canada, la proportion des immigrants qui se déclarent en bon état de santé physique et mentale est supérieure à celle des Canadiens nés au pays. Ce phénomène est appelé « effet de l'immigrant en santé » (Ng, 2010, Betancourt, 2010; Bergeron, 2009; Lou, 2005; Zheng, 2005; Jennefer, 2002; Chen, 1996). L'étude de Ng (2011c) sur des cohortes d'immigrants arrivés en 2000-2011 estime que seulement 2 % des hommes et 4 % des femmes de ces immigrants ont déclaré un mauvais état de santé six mois après leur arrivée. Cette proportion était plus basse que dans la population canadienne où 8 % des hommes et 10 % des femmes s'étaient déclarés en mauvais état de santé. L'effet *immigration sur l'état de santé* peut ainsi s'expliquer de trois façons. D'une part, par le fait que l'autoévaluation de l'état de santé pourrait surestimer la proportion d'immigrants en bonne santé, d'autre part, le processus d'auto-sélection serait fondé sur ceux qui sont en bonne santé et qui décident d'immigrer et enfin, il serait fondé sur des procédures de sélection des immigrants qui tendent à exclure les immigrants qui ont des maladies graves (Hyman, 2010).

Le deuxième constat est que pour certains immigrants cet « effet de l'immigrant en santé » diminue avec le temps et se confond à celle des Canadiens nés au pays (De Maio, 2010; Nanhou, 2008; Chen, 1996). La transition vers un moins bon état de santé chez les immigrants concerne l'état de santé en général auto-déclaré, la santé mentale et l'apparition de maladies chroniques. Selon la même étude (Ng, 2011c), quatre ans plus tard, 5 % des hommes et 11 % des femmes de cette même cohorte ont déclaré un mauvais état de santé, et cela, comparativement à 10 % de leurs homologues des deux sexes nés au Canada.

Le troisième constat est que cette « détérioration de la santé » qui tend à augmenter avec le temps ne peut pas s'expliquer seulement par les caractéristiques biologiques inhérentes aux immigrants eux-mêmes (comme l'âge, le changement de nutrition, ou les facteurs environnementaux), ni par des facteurs démographiques, socioéconomiques, comportementaux avant et après l'immigration. Il ne faudrait d'ailleurs pas sous-estimer les facteurs culturels auxquels sont confrontés les immigrants qui se retrouvent dans une situation sociale particulière (De Maio, 2010; Newbold, 2005, Berry, 1997). Dans l'étude de Ng (2011c) chez les immigrants des deux sexes, la non-maîtrise du français ou de l'anglais est fortement associée à une mauvaise appréciation de l'état de santé. Les barrières linguistiques et culturelles auxquelles sont confrontés les immigrants dans leurs interactions avec le personnel de santé et la communauté d'accueil influent sur l'appréciation de l'état de santé et peuvent expliquer la sous-utilisation des services de santé par les immigrants (Sanou, 2014; Benoit & Dragon, 2013; Hien, 2013; Monique Benoit et Al, 2012; Hien, 2011; Fang, 2010; Massé, 1995).

Un autre constat est qu'il y a des études pour lesquelles *l'effet de l'immigrant en santé* n'existe pas. Ces recherches prétendent que la proportion des immigrants qui se déclarent en bon état de santé physique et mentale est inférieure à celle des autochtones (Berchet, 2012 ; Bergeron, 2009; Berchet, 2009; Attias-Donfut, 2005). Les raisons à l'origine des inégalités de santé chez les immigrants seraient variables et découleraient de plusieurs facteurs. Il y a les barrières linguistiques (liées à la dualité linguistique canadienne). Les immigrants qui ne peuvent pas s'exprimer dans aucune des langues officielles sont plus à risque, que la population canadienne, d'un faible capital social réduisant l'accès à l'information, au soutien financier et émotionnel qui les expose davantage à des comportements comme le tabagisme ou l'alcoolisme (Berchet 2009; Bergeron, 2009). La concentration de groupes linguistiques joue aussi un rôle important quant à l'utilisation des soins de santé (Deri, 2005). Ainsi, il a été démontré que lorsqu'un groupe linguistique fréquente les services de soins de santé, ceux qui vivent dans le secteur où ce groupe est fortement concentré, ont tendance à utiliser les services de santé, alors que la tendance est moindre pour ceux qui fréquentent peu les services de soins de santé (Deri, 2005). Il y a aussi les problèmes d'intégration sociale (lié au racisme et au multiculturalisme canadien), les inégalités du capital social (lié au capital humain et aux

conditions environnementales de l'immigration). Il y a également les situations économiques fragilisées conduisant à des conditions de travail précaires spécifiques aux immigrants (absence de reconnaissance des acquis au travail). Les accidents du travail, les maladies professionnelles, l'usure prématurée des capacités au travail qui touchent les immigrants occupant des emplois souvent trop rudes sont autant de facteurs qui expliquent la détérioration de leur état de santé (Attias-Donfut, 2005). Dans les sections suivantes, nous verrons avec un peu plus de détails les facteurs sociaux qui influencent la santé des immigrants.

2.3 Les déterminants de santé affectant les immigrants

Les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie. Les déterminants sociaux de la santé sont l'une des principales causes des inégalités en santé (OMS, 2010). Certains déterminants ont des incidences majeures sur la santé physique et mentale des immigrants : le processus migratoire en lui-même par le stress qu'il engendre (Legault, 2000), le capital social, les conditions de vie matérielle et le choc culturel, la réalité sociale et économique, le système de santé de la société d'accueil et la racialisation.

2.3.1 Le capital social sur la santé ou capital santé

Le capital social constitue en quelque sorte un déterminant social de santé important chez les immigrants (Ndjondo Sandjo, 2012). C'est ainsi que le capital social a été étudié en relation avec l'état de santé auto-déclaré chez les immigrants par le gouvernement canadien et les agences de santé (Sanou, 2014; Ng et collab., 2011c; Zhao et collab., 2010). Il a été montré que des personnes ayant peu ou pas de capital social avaient plus de risque de développer des maladies chroniques, toutes causes confondues, que ceux qui en avaient davantage (Kawachi, 1999). Selon Kawachi (1999a) plus le capital social est grand, meilleure est la santé de la population dans une aire géographique donnée.

Kirsten et ses collègues ont établi, dans une étude datant de 2008 aux États-Unis d'Amérique, que les personnes vivant avec un conjoint avaient un plus faible taux de

mortalité que celles qui sont seules et que les relations de couple sembleraient avoir un effet protecteur sur la santé. De la même manière, l'hospitalisation d'un membre du couple augmenterait le risque que l'autre tombe malade à son tour ou même qu'il meurt. Les hommes avançant en âge mourraient à plus court terme quand ils se retrouveraient seuls après une relation de couple (Kirsten , 2008). Mais aussi Kirsten et ses collègues soulignent qu'une maladie mentale, ou physique ou même le handicap physique d'un enfant pouvait affecter la santé des membres d'une famille (Kirsten, 2008). Toujours dans cette même étude les auteurs affirment que la fréquentation d'amis consommant de l'alcool, la cigarette, et des drogues, ou qui sont obèses (mauvaises habitudes alimentaires), augmenterait le risque de se retrouver dans la même situation que ces derniers par effet d'imitation ou d'entraînement (Kirsten, 2008). De même qu'entre femmes, et c'est un gage positif, le cercle des amies autour de celle atteinte d'un cancer du sein avait plus tendance à faire une mammographie pour se faire dépister de manière précoce au stade ou l'affection. Ce faisant, elles pouvaient être traitées plus efficacement si la maladie survenait dans leur vie.).

2.3.2 Les conditions de vie matérielle et le choc culturel

L'interaction entre le processus de l'immigration et l'état de la santé est donc un phénomène complexe et dynamique. L'état de santé se construit à partir de circonstances entourant l'immigration elle-même et les caractéristiques sociales et de santé du pays d'établissement (Carballo, 2005). Le type d'emploi auquel l'immigrant va accéder dès son arrivée, les conditions de logement, l'accessibilité (perçue ou réelle) qu'ils ont des services sociaux et de santé et l'étendue du contact qu'ils sont capables d'établir avec des membres de leur famille et avec des amis, nouvelles connaissances, sont des déterminants importants de la santé et du bien-être du nouvel arrivant (Carballo, 2005). Les compétences linguistiques, culturelles et la qualité des interactions avec la communauté d'accueil jouent un rôle important dans l'état de santé de l'immigrant. L'utilisation des services de santé est influencée par les habiletés interculturelles des équipes de santé et la disponibilité des traducteurs/interprètes dans les cliniques et les hôpitaux (Benoit & Dragon, 2013; Monique Benoit et Al, 2012; Carballo, 2005).

Du point de vue de la santé mentale, le choc culturel produit par l'immigration constitue en lui-même un stress si grand qu'il peut en venir à menacer la santé de l'immigrant. Par exemple la décision d'immigrer s'accompagne d'une peur de l'inconnu, des soucis que l'immigrant se fait par rapport à ceux qu'il laisse derrière lui, de l'obligation de se refaire une nouvelle vie et d'acquérir une nouvelle identité culturelle (Carballo, 2005). Le bien-être de l'immigrant est plus affecté par des enjeux linguistiques et l'accès à la culture du pays d'accueil (Massé, 1995). Bien souvent, des immigrants partent sans leur conjointe et leurs enfants et lorsqu'ils trouvent un travail, il s'agit le plus souvent d'un emploi mal payé, comportant des risques pour lesquels ils sont peu adaptés. Une longue séparation causée par le départ des membres de la famille peut avoir des effets émotionnels, sanitaires, économiques négatifs sur le reste de la famille restée au pays.

Les différences culturelles dans la conception de la santé et de la maladie peuvent contribuer à retarder ou fausser un diagnostic (Cymbal, 2010; Carballo, 2005). Des études montrent que pendant la période initiale de leur établissement, il existe une plus grande prévalence de problèmes psychologiques chez les enfants des immigrants (Carballo, 2005) et une plus grande incidence des ulcères et des maux de tête dans la population immigrante que dans la population autochtone (Carballo, 2005; Huismann, 1997; Bischoff, 1997; De Jong, 1994). La santé physique des immigrants peut traduire, dans une certaine mesure, un profil épidémiologique propre à ce que nous retrouvons dans leur pays. Plus souvent, les immigrants vivent dans des conditions précaires en regard avec les normes en vigueur dans le pays d'accueil. Il s'agit généralement de l'accès inadéquat aux mesures d'assainissement de l'eau potable, à un système sanitaire fonctionnel (Carballo, 2005). Pour le Canada, beaucoup de ces nouveaux arrivants ont des difficultés d'accès à un chauffage adapté aux hivers rigoureux du pays. Ils sont obligés d'habiter dans des logements mal entretenus (Chauffage défectueux ou éteints) dans des conditions malsaines (moisissures, punaises de lit, promiscuité.) et peuvent être victimes de l'abus des propriétaires (Hiebert, 2011).

2.3.3 L'incidence des maladies chroniques

L'incidence des maladies chroniques parmi certains groupes ethniques ou d'immigrants laisse entrevoir le rôle des prédispositions ethniques et des facteurs liés aux habitudes de vie. Des études menées au Royaume-Uni montrent une plus forte prévalence des maladies cardiovasculaires chez les hommes immigrants d'origine asiatique (Balarajan, 1991; McKeigue et al., 1989); une plus grande incidence des accidents vasculaires cérébraux chez les Caribéens (Stewart, 2001), une plus grande prévalence d'obésité et de maladies coronariennes parmi la population immigrante finlandaise en Suède (Carballo, 1998); ou encore, une fréquence plus élevée d'infarctus du myocarde chez les Asiatiques au Canada (Rana, 2014). Ces études laissent à penser que des facteurs comme la prédisposition génétique et le style de vie dans la genèse des maladies chroniques chez les immigrants jouent sur leur état de santé. De la même manière chez certains immigrés nous retrouvons la drépanocytose et la thalassémie qui sont des formes d'anémies héréditaires plus fréquentes en Afrique, dans les Caraïbes et dans les régions méditerranéennes. La thalassémie a été retrouvée au Royaume-Uni parmi les minorités ethniques du Moyen-Orient et ceux originaires de Chypre (Carballo, 2005).

Les conditions d'immigration sont aussi liées à des problèmes de santé reproductive tels que le faible poids à la naissance, la mortalité néonatale (chez les enfants nés de mères asiatiques ou Caribéens en Grande-Bretagne), la mortalité périnatale (plus forte chez les Marocains et les Turcs en Belgique et en Allemagne), la prématurité, le faible poids à la naissance, les avortements spontanés chez des Africains subsahariens en Amérique du Sud et au centre de l'Espagne (Carballo, 2005).

2.3.4 La réalité sociale, économique et le système de santé de la société d'accueil

L'immigrant qui arrive au Canada se trouve confronté à un nouvel environnement et en particulier un système social et économique, un système de santé, dont les normes et les valeurs sont différentes de celles de son pays d'origine. La non-maîtrise du nouveau système social et de santé (les barrières linguistiques, la méconnaissance du fonctionnement du système, la littératie de santé), les difficultés liées à la recherche d'un

travail rémunérateur, le chômage, le manque de moyens financiers peuvent contribuer à créer un stress chronique. Ce stress est d'autant plus exacerbé si en plus il n'a pas un soutien familial ou social considérable (Kirsten, 2008; Kawachi 2001; Kawachi, 1999a, Kawachi, 1999b).

Parce que le gouvernement canadien n'apprécie pas à sa juste valeur les qualifications du nouvel arrivant au pays, les immigrants n'ont d'autre choix que de s'orienter vers des emplois peu qualifiés, de plus bas statuts sociaux, lesquels sont devenus avec le temps peu attrayants pour les autochtones (Carballo, 2005). Ces emplois comme le travail dans les mines, les métiers de la construction, le travail en manufacture, l'agriculture impliquent plus de risques pour la santé et sont corolaires d'une plus grande fréquence d'accidents de travail et de maladies professionnelles chez les travailleurs immigrants (Bollini & Siem, 1995). Sans être exhaustives, ces études dénoncent une situation trouble qui contribue à l'ensemble des problèmes de santé énoncés plus haut et à un état général de santé moindre que celle qui prévalait à l'arrivée de l'émigrant dans le pays d'accueil.

2.3.5 Racialisation et pauvreté économique de l'immigrant

Une recherche menée par Hyman (2009) établit le racisme comme déterminant de santé chez les immigrants. L'application du concept de racialisation au domaine de la santé publique aide à clarifier un certain nombre de questions essentielles, et plus particulièrement la suivante, souligne Hyman : «Si les catégories raciales sont un produit social plutôt qu'un fait biologique, alors comment pouvons-nous expliquer les réelles différences dans les résultats de santé observés parmi les groupes ethnoraciaux?» Selon Krieger (2011), les disparités observées en matière de santé entre les différents groupes (tel que discuté ci-dessous) doivent être interprétées non pas comme le reflet de différences biologiques sous-jacentes et statiques, mais comme les manifestations biologiques dynamiques des relations entre les races, ajoute Hyman (2009).

Les groupes ethno raciaux représenteraient environ 13% de la population du Canada en 2005 et il est prévu que d'ici à 2017, cette proportion atteigne 23% (Statistique Canada, 2005). Il a été estimé que 75% des immigrants récemment arrivés sur le territoire canadien appartaient à des groupes raciaux particuliers, bien qu'il s'agisse sans doute

d'une sous-évaluation en raison d'une sous-déclaration du statut de minorité visible dans les enquêtes gouvernementales. Dans les centres urbains du Canada, les personnes des minorités visibles sont deux ou trois fois plus susceptibles d'être pauvres que les autres Canadiens. Cette exposition disproportionnée et persistante à la pauvreté chez certains groupes ethniques a été qualifiée de racialisation de la pauvreté (Galabuzi, 2005; Galabuzi, 2006). Malgré des niveaux de scolarité plus élevés, plusieurs groupes ethniques du Canada sont plus susceptibles d'être en chômage ou d'occuper un emploi précaire (défini comme des contrats d'emploi atypiques, offrant des avantages sociaux limités, peu de droits en vertu de la loi, de l'insécurité, de courtes durées et une rémunération faible) que les Canadiens natifs (Galabuzi, 2006).

Les taux de chômage en 2001 pour l'ensemble de la population active étaient estimés à 6,7%, comparativement à 12,1% pour les immigrants récents et 12,6% pour les membres de minorités visibles. Cette situation révèle un accès nettement différent au marché du travail (Galabuzi et Teelucksingh, 2005). Il faut beaucoup plus de temps aux immigrants de certaines ethnies pour rattraper les autres Canadiens comparativement aux immigrants d'origine européenne. Mais aussi, selon l'Enquête canadienne sur la diversité ethnique de 2002, environ 20% des minorités visibles, par rapport à 5% des minorités non visibles, ont déclaré avoir parfois été victimes de discrimination ou de traitement inégal au cours des cinq années précédant l'enquête (Enquête canadienne sur la diversité ethnique, 2003).

Les inégalités raciales et ethniques en matière d'état de santé ont été expliquées dans le passé au moyen de théories misant sur les privations et les privilèges. En effet, beaucoup de personnes racialisées vivent dans la pauvreté ou ont été exposées de façon disproportionnée à des risques pour leur santé et aux conséquences liées à leurs environnements économiques, physiques et sociaux (Kelaher et collab., 2008). C'est ainsi que certains chercheurs, dont Krieger (2011), sont parvenus à montrer que le racisme contribuait à l'état de santé des immigrants. Par conséquent, l'accumulation de désavantages au cours de l'existence, les différences en matière d'exposition et de possibilités en fonction de la «race» et les explications psychosociales doivent toutes être prises en compte dans le cadre de la recherche sur la relation entre «races» et l'état de

santé de l'immigrant (Weber et Fore, 2007; Gee et coll., 2006; Jones, 2003; Nazroo, 2003). Nous analyserons plus loin cette relation dans la section d'analyse de nos résultats.

2.4 Les études sur le capital social, l'état de santé des immigrants au Canada

Malgré les débats actuels sur la polysémie du concept de capital social, les études canadiennes montrent une relation entre le capital social, la santé et l'immigration. Les composantes du capital social qui sont étudiées diffèrent d'un auteur à l'autre et les aspects qui y sont abordés sont variables. Ce sont tantôt la famille (Newbold, 2009), les amis et les réseaux sociaux (Zhao, 2010), les groupes ethniques (Deri, 2005), la participation à des groupes ou associations (Berchet, 2005), le sens d'appartenance (Samek, 2012) et l'origine culturelle (Van Kemenade, 2006) qui en fait partie. Le constat que nous pouvons faire est que de manière générale la composition de la famille, les amis, les réseaux sociaux, les interactions au sein des groupes ethniques, culturels ont une relation avec l'état de santé des immigrants au Canada. Par exemple dans l'étude de Zhao, 93% des nouveaux immigrants qui avaient des amis au Canada se déclaraient en bonne santé. À l'inverse 86%, des nouveaux immigrants qui n'avaient pas des amis au Canada se déclaraient bonne santé (Zhao, 2010). De même ceux qui participaient à des activités de groupe ou dans le cadre d'organisation se déclaraient en bonne santé en plus grande proportion que ceux qui ne participaient pas à aucune de ces activités (Zhao, 2010).

La participation à des groupes sportifs, religieux, aux clubs culturels ou encore les associations politiques auraient une influence positive sur l'état de santé et le recours aux soins des immigrés (Berchet, 2005). De la même manière, les immigrants qui entretiennent des interactions avec des amis au Canada avaient plus tendance à voir accès à un médecin (Zhao, 2010). Les nouveaux immigrants qui signalant communiquer régulièrement avec des membres de leur famille ou des amis avaient moins de risques de signaler un mauvais état de santé quand nous les comparons à ceux qui entretenaient des interactions à une fréquence moindre (Newbold, 2009).

2.5 Résumé

Les études recensées dans ce chapitre montrent que plus le capital social est grand, meilleures sont les relations sociales et meilleur est l'état de santé. Les immigrants du fait de leur situation sociale particulière ont, généralement, un moins grand capital social. Or, cette situation est parfois le fait d'un certain racisme entourant les déterminants de santé entourant l'accès à un meilleur capital social. Mais aussi, ceux qui arrivent à tisser un réseau social appréciable s'estiment en général souvent en meilleure santé par rapport à ceux qui considèrent en être dépourvus. Il existe donc des inégalités de santé entre les groupes ethno culturels des immigrants au Canada. Ce que nous connaissons moins bien encore, ce sont les mécanismes par lesquels ces facteurs sociaux déterminants peuvent agir entre eux et sur l'état de santé de l'immigrant et en particulier l'immigrant africain. Le prochain chapitre se consacre aux cadres théorique et conceptuel de notre étude où nous explorons en détail le concept de capital social dans le champ de la santé et de l'immigration.

CHAPITRE 3

CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL

Le présent chapitre expose le cadre théorique et conceptuel de notre étude. Il est fait dans le souci de montrer comment, sur le plan théorique, il existe un lien entre l'immigration, l'intégration et le capital social de santé. Cette articulation entre ces différents concepts permettra de comprendre comment fonctionne le concept de capital social à partir de la définition de ses origines chez plusieurs auteurs tels que Coleman et Putnam. Nous choisissons d'employer la définition de Bourdieu et de l'appliquer en termes de cadre théorique. Nous interrogeons ensuite, à l'aide du cadre théorique de Bourdieu, l'influence du statut de l'immigrant sur son réseau social, sur sa capacité d'intégration, sur le soutien social et communautaire qui l'entoure. Les définitions de l'immigrant au plan canadien fermeront le chapitre pour montrer la complexité du capital social de santé qui entoure la situation de l'immigrant.

3.1 Les origines du concept de capital social

De nos jours, le capital social est un terme polysémique (Akcomak, 2011). Il existe, en effet, de nombreux textes portant sur le capital social en sociologie avec les travaux de Bourdieu (1980), en référence avec l'économie et le choix rationnel des individus qui est guidé par leur propre intérêt (Coleman, 1988), en relation avec la politique (Putnam, 1995), ou en mettant l'accent sur les ressources (Lin, 1995), en organisation, en management, en planification (Akcomak, 2011). Les articles dans ces domaines associent le capital social à une croissance économique, à une meilleure éducation, à un meilleur développement financier, à un meilleur rendement d'une entreprise, à un plus bas taux de criminalité, d'homicide et de suicide (Akcomak, 2011).

Bien que les travaux sur le capital social se réfèrent habituellement à ceux de Bourdieu (1980), Coleman (1988) et Putnam (1993), ce terme a été utilisé pour la première fois en 1916 par Hanifan (1916), qui compare la communauté à une entreprise. Autant l'entrepreneur a besoin d'accumuler du capital pour démarrer son entreprise,

autant la communauté a besoin de capital social pour bien fonctionner. Ce capital est constitué de relations sociales qui en elles-mêmes constituent une richesse pour les individus. C'est à travers les relations d'aide que l'on peut avoir en provenance de la famille, des voisins, des amis, des camarades que s'établit le capital social. On peut remonter au XVII^e siècle, plus précisément en 1651 avec Thomas Hobbes qui y faisait allusion dans son livre *Léviathan*. Bien que le concept de capital social n'y soit pas défini, l'auteur soutient qu'«avoir des amis est un pouvoir» (Hobbes, 1651 : 84).

C'est le sociologue Max Weber (1864-1920) qui jeta les bases théoriques de ce concept dans son œuvre posthume *Économie et société*, publiée en 1921. Selon lui les inégalités sociales résultent de l'inégalité de répartition des ressources économiques, politiques et sociales (Weber, 1970). Au cours des années 1970, Marc Granovetter (1973) et l'économiste américain Loury Glenn (1976) mettent en évidence l'influence des relations sociales notamment la famille, les amis et les connaissances mêmes éloignées (force des liens faibles Granovetter, 1973) dans la recherche d'emploi et dans les inégalités de revenus. À partir des années 1980, on s'intéresse de plus en plus, comme nous le mentionnons plus haut, au capital social notamment avec les travaux de Bourbieu (1980), de Coleman (1988,) ou de Putnam (1995).

3.1.1 Le concept de capital social chez Coleman

Pour le sociologue américain, Coleman, le capital social est étroitement associé à l'économie et fait intervenir la notion de choix rationnel. Selon lui, les individus font des choix guidés par leurs propres intérêts. Les individus sont intéressés par les événements ou les ressources contrôlés par les autres dans le but d'en profiter. De ces choix résultent des actions et des relations d'interdépendance entre les individus. Cette relation d'interdépendance conduit à la construction de relations durables. Ces relations ainsi établies servent de ressources à l'individu. Il peut faire appel à ces ressources en cas de nécessité. Pour Coleman, le capital social, est la capacité qu'ont les membres de contribuer efficacement à l'atteinte des objectifs dans un contexte de sollicitation (Coleman, 1988). Le capital social dépend donc du type de relations entre les acteurs et englobe les obligations et les attentes de réciprocité, de confiance, de circulation de l'information, des normes à respecter, des sanctions efficaces, des relations d'autorité, des

organisations susceptibles d'appropriations et des réseaux sociaux (Coleman 1988). Une critique importante adressée à cette définition du capital social chez Coleman repose sur les choix individuels. Selon Coleman, tous les acteurs sont réputés avoir la capacité de faire librement des choix et de pouvoir tirer profit de leurs actions. Mais même si on suppose que ce choix est libre, il n'est pas tout à fait libre à tout le monde d'avoir accès à la structure sociale, car l'accès est conditionné par la qualité relative du capital social dont jouit l'acteur.

3.1.2 Le concept de capital social chez Putnam

Pour Putnam (1995), le capital social est surtout vu dans le domaine politique et constitue une ressource utile pour les individus et toute la société. Le capital social est vu sous la forme d'un réseau social qui rend la collaboration plus efficace entre les individus. La participation aux activités civiques et politiques constitue le levier principal du capital social pour renforcer la confiance et la réciprocité des individus les uns envers les autres. Le capital social représente toute chose qui facilite la coopération. Cette approche de Putnam a l'avantage de chercher à cerner les facteurs qui déclenchent le potentiel productif de la société et ce sont sur ces facteurs que l'on peut intervenir (Lin, 2001). En revanche, il existe aussi une vision fonctionnelle du capital social, à l'exemple de l'approche de Coleman. Cette vision ne peut pas établir de distinction adéquate entre ce qu'est le capital social et ce qu'il est censé faire (Lin, 1999). Cette vision de Putnam se focalise sur l'aspect macro du capital social. En considérant le capital social comme un bien public, il ne prend pas suffisamment en compte le niveau individuel et les bénéfices individuels qu'il engendre. Il néglige les nouvelles formes de réseaux tels que l'internet, les réseaux informels (amis, voisins, collègues de bureau) qui jouent aussi un grand rôle et sous-estime les aspects négatifs des réseaux sociaux (Lin, 1999).

3.2 Cadre Théorique : capital social chez de Bourdieu

Cette section vise à insérer notre problème de recherche dans une perspective théorique. Nous allons nous inspirer des travaux antérieurs de certains chercheurs pour asseoir les rationalités qui soutiennent cette recherche. Notre cadre théorique s'inspire des travaux de Bourdieu (1980), ceux de Lin (2001) et ceux de Bouchard et ses

collaboratrices pour définir le capital social. Contrairement aux conceptions fonctionnelles de Coleman (1988) et Putnam (1995) où le capital social est vu comme un atout collectif (qui se confond aux normes de confiance), l'approche de Bourdieu (1980) permet de mieux voir la structure même du capital social ainsi que les ressources que peuvent mobiliser les membres. Selon Bourdieu (1980), le capital social désigne :

L'ensemble des ressources actuelles ou potentielles qui sont liées à la possession d'un *réseau durable de relations* plus ou moins institutionnalisées d'interconnaissance et d'intra-reconnaissance; ou, en d'autres termes, à *l'appartenance à un groupe*, comme ensemble d'agents qui ne sont pas seulement dotés de propriétés communes... mais sont aussi unis par des *liaisons* permanentes et utiles (Bourdieu, 1980 :2).

Selon cette définition, le capital social désigne à la fois les réseaux et les ressources qui circulent à l'intérieur d'eux (Bourdieu, 1980). Les liaisons dont parle Bourdieu ne sont pas seulement des liaisons de proximité physique ou dans l'espace économique (catégories de revenus) ou social (même travail dans la même entreprise ou même compagnie), mais sont basées sur des échanges aussi bien matériels que symboliques (rendre service). Ces liaisons se font entre personnes qui ne sont pas par exemple nécessairement des habitants du même quartier, de la même ville, du même pays ne sont pas des classes sociales proches ou des revenus comparables ni des liens de parenté ou exerçant des catégories professionnelles semblables. Elles sont basées, et ceci est important à observer, sur des échanges aussi bien matériels que symboliques entre les membres.

Le réseau social est le fruit d'un travail pour d'abord créer des liens entre les membres et entretenir ces liens de manière durable. Les réseaux sociaux permettent aux individus et aux communautés d'accéder aux ressources dont disposent les groupes qui forment ces réseaux (Bouchard, 2006; Lévesque, 1999) et «plus les liens sociaux sont nombreux, plus ils sont diversifiés, plus la probabilité d'accès à des ressources différentes sera accrue» (Bouchard, 2006 p3). Aussi, la nature des liens qui unissent les membres du

réseau est variable. Szreter et Woolcock (2004) distinguent trois dimensions du capital social. Il y a :

- 1) le capital social qui unit (bonding), constitué des proches où les liens sont tissés solidement;
- 2) le capital social qui relie (bridging) à des personnes aux antécédents diversifiés où les liens sont plus faibles tout en donnant accès à des ressources différentes des ressources personnelles; enfin,
- 3) le capital social qui crée des liens (linking) concerne les relations avec des personnes en position de pouvoir. Ces relations permettent aux personnes d'exploiter les ressources, les idées, l'information et les connaissances d'une collectivité ou d'un groupe.

L'approche de Lin (2001) non seulement, prend en compte la définition de Bourdieu, mais insiste davantage sur les ressources que contient un réseau social et sur la manière dont l'individu en bénéficie. Les ressources sont des biens dont la possession permet à l'individu de survivre ou de préserver des acquis. Ces ressources peuvent être acquises ou héritées. Lin distingue également les ressources personnelles (éducation, habilités personnelles) dont l'individu peut disposer avec beaucoup de liberté. Les ressources sociales (soutien social, aide physique, conseils, informations, soutien financier, aide morale), sont accessibles en liens directs et de manière indirecte. Ces ressources et leur utilisation sont temporaires et conditionnelles puisqu'elles ne sont pas la possession de l'acteur. Cette conception du capital social permet de mieux comprendre la relation qui existe entre le capital social des immigrants et leur état de santé.

3.2.1 L'influence du statut de l'immigrant sur son réseau social

Les immigrants sont des personnes qui quittent leur pays d'origine pour s'installer dans un autre pays. Ils sont acceptés lorsqu'ils satisfont aux critères de sélection et de santé. On parle alors de «l'immigrant en bonne santé». Ils arrivent en général au Canada dans une nouvelle culture, dont les normes et les valeurs leur échappent, en laissant derrière eux tout le réseau social qu'ils avaient jusque-là bâti. Qu'ils soient des immigrants indépendants, des réfugiés ou du regroupement familial, afin de vivre en

harmonie dans la nouvelle société ils doivent pouvoir s'y intégrer. Nous savons que malgré la mise en place des programmes d'aide à l'établissement et l'intégration des immigrants, il n'y a pas de mécanismes pour veiller à ce que les nouveaux arrivants les utilisent systématiquement (Caidi, 2005). Les bouleversements entraînés par la nouvelle situation, la solitude, les difficultés de communication, la connaissance insuffisante du nouveau contexte et les comportements de la société d'accueil, sont des facteurs de stress qui peuvent avoir un retentissement sur la santé physique et mentale. Toutefois, ces facteurs peuvent être contrebalancés s'ils ont le soutien social nécessaire. La notion de capital social prend alors toute son importance, car les immigrants pourront compter sur un nouveau réseau social suffisamment sécurisant qu'ils auront construit eux-mêmes grâce en partie à leurs compétences personnelles et sociales. Ce réseau social comprend la famille, les parents proches, les amis, les connaissances, les groupes d'appartenance et les structures chargées d'offrir les services (Derrick, 2011). À travers ce réseau social, ils auront le soutien moral et psychologique, diverses formes d'aides et l'accès aux ressources de la communauté. Ils pourront par la même occasion y trouver les informations nécessaires pour au moins s'adapter aux habitudes de vie. Les immigrants se composent en un groupe polymorphe et le capital social y est inégalement réparti. Abstraction faite des autres déterminants socioéconomiques, cette inégalité du capital social peut avoir des influences variables selon les individus, sur la qualité de l'intégration et l'appréciation de l'état de santé. Ceux qui ont un faible capital social auront plus de mal à faire face au stress de l'immigration.

3.3 Cadre conceptuel

Le cadre conceptuel que nous avons choisi pour soutenir notre étude sur la santé des immigrants et le capital social est un ensemble de concepts clés attachés à la situation propre des immigrants que nous avons étudiée. Il s'agit des concepts de réseau social et d'intégration.

3.3.1 Le concept de réseau social

Un réseau social est à la fois l'ensemble des unités sociales et des relations que ces unités sociales entretiennent les unes avec les autres, directement, ou indirectement, à

travers des chaînes de longueurs variables. Ces unités sociales peuvent être des individus, des groupes informels d'individus ou bien des organisations plus formelles, comme des associations, des entreprises, voire des pays (Mercklé, 2004). Les relations entre les éléments désignent des formes d'interactions sociales qui peuvent être elles aussi de natures extrêmement diverses : il peut s'agir de transactions monétaires, de transferts de biens ou d'échanges de services, de transmissions d'informations, de perceptions ou d'évaluations interindividuelles, d'ordres, de contacts physiques et plus généralement de toutes sortes d'interactions verbales ou gestuelles, ou encore de la participation commune à un même événement.

Dans notre étude, un réseau social est un ensemble d'acteurs (individus, associations, établissements, d'organismes, groupes, ou organisations) reliés par des interactions sociales. À travers ces interactions, le membre du réseau peut avoir de l'aide, avoir l'information, obtenir des conseils, partager des idées, élargir ses contacts. Ces interactions sociales quand elles sont familiales ou sentimentales sont caractérisées de liens forts et de liens faibles, si elles sont plus distantes comme en relations d'affaires, de travail.

Un certain nombre de définitions s'impose pour établir le réseau conceptuel du capital social des immigrants relativement à leur état de santé. Ceux-ci comprennent les définitions des concepts de soutien social, de communauté d'appartenance et certains déterminants sociaux de santé tels que les compétences personnelles et sociales (habiletés), les habitudes de vie, les comportements et l'influence des déterminants socioéconomiques. L'immigrant bien souvent quitte son épouse, ses enfants, sa famille, ses amis et connaissances, les services et institutions de son pays, en d'autres termes il abandonne tout pour s'établir dans un nouveau pays où tout lui est étranger. Il abandonne son réseau social pour en reconstruire un autre loin de son pays et dans une autre culture. La culture étant considérée comme : «l'ensemble des traits distinctifs, spirituels et matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société ou un groupe social. Elle englobe, outre les arts et les lettres, les modes de vie, les droits fondamentaux de l'être humain, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances» (UNESCO, 1982 :1). L'obligation de refaire une nouvelle vie et d'acquérir une nouvelle identité est souvent

associée à une «deuxième mort du migrant » (Legault, 2000 :29), la première ayant eu lieu au départ. Aussi, l'apprentissage de la nouvelle culture se fait par l'intégration et la construction d'un réseau social.

3.3.2 Le concept d'intégration

L'intégration est la situation d'une personne ou d'un groupe de personnes qui participe activement à la vie de la communauté, qui interagit positivement avec les autres groupes ou personnes sans arrière-pensée sur ses spécificités notamment culturelles et qui partagent les valeurs et les normes de la société à laquelle il appartient. L'intégration de l'immigrant au Canada a lieu dans un contexte prônant la coexistence de différentes cultures au sein du pays : le multiculturalisme. C'est un modèle d'intégration des nouveaux arrivants axé sur le respect et la promotion de la diversité ethnique dans le pays, par opposition à l'inter culturalisme québécois qui prône l'intégration et la constitution d'une identité commune. Pour pouvoir fonctionner normalement, l'immigrant doit être intégré dans la société d'accueil. Il doit connaître comment fonctionnent le système social et la culture; il doit aussi adhérer aux valeurs et s'adapter à l'ensemble des dimensions de la vie collective de la société d'accueil, afin que lui et sa famille mènent une vie harmonieuse comme la majorité de la communauté. Cela suppose être capable de communiquer efficacement et de gagner sa vie en toute autonomie, de développer un sentiment d'appartenance, de connaître comment fonctionnent les services publics. C'est un processus réciproque par lequel l'immigrant s'adapte à la culture de la société d'accueil et par lequel ces derniers acceptent sa contribution. Les normes et les valeurs se définissent en termes de principe ou de modèle de conduite propre à un groupe social ou à une société. Les normes sociales sont conformes à ce qui est communément admis et légitimé par le système de valeurs propre à chaque société ou à chaque groupe social. Les normes sociales sont intériorisées par les individus au cours de la socialisation et régulent leurs comportements (Durkheim, 1969).

3.3.3 Les concepts de soutien social et de communauté d'appartenance

Dans le contexte du lien social entre les immigrants et leur capital social, il faut compter soutien social. D'abord, le soutien social est relatif à l'assistance dont les

individus et les groupes peuvent bénéficier au sein de communautés et qui peut atténuer les effets négatifs d'événements de la vie et de conditions de vie et constituer une ressource positive pour l'amélioration de la qualité de vie. Le soutien social peut comprendre le soutien affectif, le partage d'information et la fourniture des ressources matérielles et de services. On reconnaît maintenant largement que le soutien social est un important déterminant de la santé et un élément essentiel du capital social (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2010, p 33). Le soutien social se donne à travers le réseau de soutien c'est-à-dire, l'ensemble des individus et des organisations qui offrent de l'aide et du réconfort en cas de besoin (la famille, les amis, les voisins, les bénévoles, des associations caritatives...).

En ce qui concerne la communauté d'appartenance, il faut savoir que les immigrants se réfèrent généralement à son groupe d'appartenance composé «d'individus vivant dans une zone géographique bien définie, qui ont une même appartenance sur le plan culturel, des valeurs et des normes, de l'ethnie ou de la religion». Les relations entre l'immigrant seront fondées sur la proximité affective, géographique, culturelle ou sociale avec sa communauté d'appartenance. Chez les immigrants qui vivent avec un faible capital social, les déterminants entourant le capital social que nous avons vu plus haut seront, chez l'immigrant, grandement limités par des éléments liés au racisme et à la littératie de santé. La littératie en santé met en jeu les compétences nécessaires (capacités de lecture et d'écriture) pour trouver, comprendre et utiliser l'information sanitaire de manière à pouvoir prendre de bonnes décisions de santé. (Association canadienne de santé publique, 2013). Quant au racisme ambiant, il relève de l'idéologie établie autour de croyances à l'effet qu'il existe une hiérarchie entre les groupes naturels humains, désignés par le terme de races, qui ont des caractères semblables (physiques, psychiques, culturels, etc.). Le terme racisme peut également désigner un comportement inspiré de cette idéologie ou une attitude d'hostilité systématique à l'égard d'une catégorie déterminée de personnes (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2010 :31). Le racisme a une importance centrale dans la capacité de développer un capital social chez les immigrants.

3.4 Les immigrants

Dans notre étude, l'immigrant doit être défini, car il y a plusieurs motivations qui amènent quelqu'un à se déplacer assurément vers un autre pays, une autre culture. Diverses raisons amènent les immigrants à émigrer vers un autre pays à savoir : la recherche de meilleures occasions économiques, les réfugiés politiques ou pour raison de guerre civile. Dans le cadre de notre étude, le terme immigrant fait référence à celui d'immigrant reçu. Un immigrant reçu est une personne qui n'a pas le statut de citoyen canadien de naissance et à laquelle les autorités de l'immigration ont accordé le droit de vivre au Canada en permanence (Statistiques Canada, 2014). Un immigrant est donc une personne qui n'est pas citoyen canadien de naissance, mais qui a obtenu une résidence permanente au Canada. Par conséquent, il y aura une rupture avec son passé et l'immigrant devra mettre en place un nouveau mode de fonctionnement afin de compenser les pertes causées par la rupture avec son pays d'origine.

Cette rupture se fait aussi en général avec sa famille, son environnement communautaire et le contexte culturel qui était le sien. L'immigrant doit se reconstruire un nouvel équilibre dans lequel sa santé constitue un enjeu majeur pour vivre au Canada. On distingue trois grandes catégories d'immigrants. Les immigrants indépendants représentent les travailleurs qualifiés qui ont été sélectionnés en raison de leurs compétences professionnelles et les gens d'affaires sélectionnés en fonction de leur expérience dans l'exploitation d'une entreprise et des autres compétences apparentées. Entre 2006 et 2013, environ 1 224 086 immigrants indépendants se sont établis au Canada (CIC, 2014). Les immigrants de la catégorie du regroupement familial comprennent, quant à eux, les époux, conjoints de fait et partenaires conjugaux; les parents et grands-parents; et les autres (les enfants à charge, les enfants de moins de 18 ans que le répondant a adoptés au Canada, les frères, les sœurs, les neveux, les nièces et les petits-enfants qui sont orphelins et qui ont moins de 18 ans; ou tout autre parent, si le répondant n'a aucun des parents mentionnés ci-dessus, à l'étranger ou au Canada). Le nombre reçu entre 2006 et 2013 est estimé à 528,916 (CIC, 2014) immigrants dans cette catégorie. Enfin, la catégorie humanitaire incluant les réfugiés regroupe les personnes persécutées ou déplacées. Entre 2006 et 2013, le nombre de réfugiés reçus est estimé à près de 204,880 dans l'ensemble du pays (CIC, 2014).

Depuis plusieurs années, les immigrants économiques encore appelés travailleurs qualifiés forment le groupe le plus favorisé en termes de nombre des immigrants accueilli au Canada. Les immigrants du groupe familial et les réfugiés représentent ensemble moins du nombre d'immigrants économiques (Cymbal ,2010 ; Kunz, 2005). C'est dans ces deux derniers groupes que les raisons socioéconomiques jouent le plus difficilement dans une conjoncture économique difficile découlant de la non-reconnaissance des diplômes étrangers et des expériences hors du pays; les compétences linguistiques, les stratégies de recherche de travail à travers les réseaux sociaux, comptent également dans la capacité d'adaptation de l'immigrant récemment arrivé (Kunz, 2005).

3.5 Résumé

Le capital social tel que défini par Bourdieu (1980) permet de se faire un bon réseau social et de profiter des ressources disponibles dans la communauté d'accueil. À ce titre, il est particulièrement important pour les immigrants qui se retrouvent sur un sol étranger, loin de leur lieu de naissance, au sein d'une nouvelle société dans laquelle ils doivent s'intégrer et participer activement. Le capital social est aussi un déterminant social de la santé. Lorsqu'il est déstabilisé par l'immigration ou tout autre processus constituant un obstacle à l'intégration dans la communauté d'accueil l'impact sur la santé est négatif.

CHAPITRE 4

MÉTHODOLOGIE

La plupart des études menées jusqu'à présent ont montré que plus les immigrants avaient un bon capital social moins ils se retrouvaient avec des problèmes de santé, et à l'inverse moins était grand le capital social dont ils bénéficiaient plus ils vivaient avec des problèmes de santé. Toutefois rien dans ces études n'a permis d'expliquer clairement les fondements à la base de ce principe. C'est pourquoi nous avons choisi de développer une méthodologie de type qualitative qui permet d'approfondir une question de recherche à la base de notre interrogation qui vise à savoir : comment le capital social influence la perception que les immigrants ont de leur état de santé? Le capital social est, selon nous, au cœur à la fois du problème et de la solution de la situation de santé des immigrants. Le présent chapitre construit la perspective méthodologique de la thèse. Notre approche est de type qualitatif proche de la théorisation ancrée (Glaser, 1967). L'analyse par théorisation ancrée est une méthode de recherche des sciences sociales. Elle vise à construire des théories non pas à partir d'hypothèses prédéterminées, mais à partir des données collectées par le chercheur sur le terrain. Étant dit qu'on ne connaisse pas le principe sur lequel le capital social peut influencer la santé de l'immigrant, ce type d'analyse nous paraît la plus indiquée. Elle nous permettra de «découvrir une théorie» c'est-à-dire, pour nous, les mécanismes par lesquels le capital social peut avoir une influence sur la santé. Dans un premier temps, nous abordons le cadre de notre recherche avec un aperçu de la ville de Sudbury et le centre de Santé communautaire du grand Sudbury. Par la suite, nous définissons le type et la période d'étude. Après cette étape nous préciserons la population d'étude, le plan d'échantillonnage, les techniques et les outils de collecte des données. La dernière partie sera consacrée à l'analyse des données et aux considérations éthiques.

4.1 Cadre de l'étude

L'étude s'est déroulée à Sudbury qui est située à 390 km au nord de Toronto et à 500 km à l'ouest d'Ottawa (site du Grand Sudbury, 2013). Les origines de la ville remontent à 1883 et sont intimement liées à la construction du chemin de fer transnational (site du Grand Sudbury, 2013). La population est estimée à 160 274 habitants en 2011 (Grand Sudbury, 2013). La ville possède trois établissements postsecondaires que sont l'Université Laurentienne, le Cambrian Collège et le Collège Boréal. L'hôpital régional de Sudbury est le centre de référence régionale en matière de santé (site du Grand Sudbury, 2013).

L'enseignement en français au Collège Boréal et le bilinguisme de l'enseignement à l'Université Laurentienne attirent les immigrants francophones pour les études (Lacassagne, 2010). Sudbury, qui est aussi une ville minière avec de nombreux lacs, constitue la capitale régionale pour le Nord-Est de l'Ontario. Sudbury est considérée comme une ville multiculturelle et bilingue avec plus de 27% des gens de la population ayant le français comme langue maternelle (site du Grand Sudbury, 2013). De 2001 à 2006, la ville de Sudbury aurait accueilli 660 immigrants venant des quatre coins du monde (site du grand Sudbury, 2013). Plusieurs types de services sont offerts aux immigrants à travers des organismes fédéraux provinciaux ou communautaires tels que le Contact interculturel francophone de Sudbury, Services d'aide à l'emploi du Grand Sudbury, le Sudbury Multicultural Folk Arts Association, le YMCA, les partenaires locaux en immigration, le Centre de Santé communautaire de Sudbury (Grand Sudbury, 2008).

4.2 Le Centre de Santé communautaire du Grand Sudbury (CSCGS)

Le CSCGS a été créé en 1989 par le conseil régional de santé de Sudbury pour compenser le manque de services de santé en français dans la ville (site du CSCGS). C'est un service communautaire à but non lucratif qui fournit à la population des services médicaux primaires et des programmes de promotion de la santé grâce à une équipe multidisciplinaire comprenant des médecins, des infirmières praticiennes, des infirmières

promotrices de la santé, des nutritionnistes/diététistes et des travailleuses sociales (site du CSCGS). En 2013, afin d'améliorer l'accès des immigrants francophones au CSCGS, un projet dénommé «Étude de besoins des immigrants francophones du Grand Sudbury» a été entrepris. Son but était de connaître les besoins de santé des immigrants francophones dont le nombre est en croissance dans la ville depuis plusieurs années. Cette étude devait permettre de concevoir une série de programmes et d'initiatives capables de répondre aux besoins de santé et d'intégration des immigrants francophones à Sudbury afin de contribuer à améliorer leur état de santé. Cette étude récente et la seule, à notre connaissance, à avoir colligé des données de base sur la santé des immigrants francophones de Sudbury, nous ont permis de développer notre recherche notamment pour ces données spécifiques à la communauté composée d'immigrants africains (Sanou, 2014).

4.3 Méthode de recherche

Notre étude s'est déroulée à Sudbury du 1er janvier 2014 au 30 avril 2014. Dans cette étude nous avons voulu comprendre comment, ou dans quelles mesures, les interactions des immigrants avec la communauté locale, pouvaient avoir un rapport avec leur état de santé. Notre objectif de recherche allait sensiblement dans le même sens que celui poursuivi par le CSCGS qui s'apprêtait à lancer l'étude des besoins de santé des immigrants francophones afin de développer un ensemble d'activités qui puissent prendre en compte ces besoins. Nous avons donc décidé d'y inscrire notre projet qui lui visait entre autres à connaître le capital social des immigrants récemment arrivés à Sudbury. Par conséquent un partenariat de recherche avec le CSCGS² a été établi.

Nous voulons comprendre, à partir des données recueillies lors de différents interviews des immigrants, comment le capital social agit sur la santé. Le type d'étude recommandée dans ce type d'études en sciences sociales est la théorisation ancrée qui est une méthode d'analyse qualitative «visant à générer déductivement une théorisation au sujet d'un phénomène culturel, social ou psychologique, en procédant à la conceptualisation et la mise en relation progressive et valide de données empiriques

²Une lettre d'appui à notre projet par le CSCGS a été déposée à notre demande déontologique. Nous avons obtenu à cet égard une accréditation déontologique de l'Université Laurentienne de Sudbury et du CSCGS pour procéder à la collecte de données.

qualitatives» (Paillé, 1996 :184). Ce type de recherche permet une formulation provisoire pour comprendre la complexité des phénomènes reliant le capital social et la santé dans le contexte des immigrants d'origine africaine au Canada. Dans cette étude l'auto-évaluation de la santé a consisté à demander aux répondants d'évaluer eux-mêmes leur état de santé physique et mental.

4.3.1. Population à l'étude

La population francophone de Sudbury est d'origine diverse. Une forte proportion est originaire des pays francophones d'Afrique subsaharienne, du Maghreb, des pays arabes et d'Haïti. Ces populations sont venues s'ajouter à la population francophone d'origine européenne qui est installée depuis très longtemps dans la région. Il y a peu de statistiques sur les immigrants francophones originaires d'Afrique à Sudbury. Malgré cette situation, les institutions francophones de Sudbury reconnaissent une tendance à l'augmentation du nombre d'immigrants africains francophones (Sanou, 2014; Lacassagne, 2010; Diallo, 1998). La ville de Sudbury du fait de l'existence de centres de formation aux niveaux secondaire et universitaire, aussi bien en anglais qu'en français, attire de plus en plus d'immigrants francophones (Sanou, 2014, Lacassagne, 2010, Diallo, 1998). On distingue essentiellement deux groupes d'immigrants francophones africains dans la région de Sudbury : le premier groupe est composé de professionnels ayant étudié au Québec et le second est constitué de d'étudiants du Collège Boréal et de l'université Laurentienne (Diallo, 1998).

Notre échantillon provient des immigrants africains francophones des catégories indépendants, des regroupements des familles et des réfugiés tels que définis par la loi sur l'immigration au Canada qui se sont établis au Canada depuis moins de dix ans. Nous avons choisi les immigrants arrivés il y a 10 ans ou moins, parce que nous avons estimé, d'une part, que cette période nous permettait de recruter suffisamment de répondants et, d'autre part, parce que cela donnait aux répondants suffisamment de temps d'expérience pour expliquer leur trajectoire migratoire et leurs contacts avec le système de santé au Canada. Nous avons choisi des participants adultes de 20 ans et plus, arrivés au Canada comme immigrants reçus indépendamment de leur statut matrimonial et leur situation familiale.

4.3.2 Plan d'échantillonnage

Nous avons fait une analyse documentaire des archives dénominalisées du CSCGS. Ce qui nous a permis de cibler des immigrants qui ont présenté des difficultés de santé. En plus de ces personnes, nous avons interrogé un échantillon d'immigrants rencontrés dans des occasions spéciales (cabaret africain, rencontres communautaires organisées par le CSCS, rencontres des étudiants immigrants africains). La taille définitive de l'échantillon a été atteinte progressivement avec un complément de répondants recrutés selon la procédure dite «boule de neige». Les personnes contactées dans un premier temps au CSCGS, à l'université Laurentienne, ou au CIFS ou simplement une connaissance dans la communauté à Sudbury, nous ont à leur tour référé à d'autres personnes et ainsi de suite, jusqu'à ce que notre échantillon soit constitué. Le choix de cette technique se justifie par le fait que nous nous sommes intéressés à une population peu stable et pour laquelle nous ne connaissons pas assez bien les arrivées, les séjours et les départs de Sudbury.

4.3.3 Caractéristiques de l'échantillon

L'échantillon était constitué de 13 femmes et de 9 hommes provenant des pays suivants : Algérie (2), Burkina Faso (1), Burundi (1), Cameroun (2), Cote d'Ivoire (5), Gabon (1), Madagascar (1), Maroc (1), République Démocratique du Congo (4), Rwanda(1), Sénégal (2), Togo (1). Il y avait 9 immigrants de la catégorie indépendants, 9 de la catégorie regroupement familial et 4 de la catégorie réfugiée. La répartition par tranche d'âge était la suivante : 20-30 ans (27,3%), 31-40 ans (40,9%) et 41-50 ans (31,8%). Neuf personnes (40,9%) avaient immigré au Canada entre 2003 et 2008 (il y a plus de 5 ans) et 59,1% étaient arrivés au Canada après 2008 (il y a moins de 5 ans). Sur le plan familial, 50% étaient célibataires, 45,5% étaient mariées et 4,5% divorcée. Huit personnes n'avaient pas leurs parents vivants au Canada. Sur les 22 répondants, seulement 22,7% vivait avec toute leur famille à Sudbury, 68,2% n'avait aucun membre de la famille à Sudbury et les 9,1% autres vivaient avec une partie de la famille (les enfants). 31,8% et 45,5% ont signalé ne pas avoir des amis ni fréquenter des groupes associatifs respectivement. Un peu plus de la moitié (54,5%) était des étudiants parmi lesquels 4 avaient un emploi à temps partiel. Parmi les 45,5% non étudiants, 8 avaient

un emploi (4 à temps partiel, 4 à plein temps) et 2 étaient sans emploi. Tous ont signalé avoir une excellent connaissance du français et 54,5% avaient une bonne connaissance de l'anglais. Dans l'échantillon il y avait 72,7% de chrétiens et 27,3% de musulmans.

Plus de détails sont indiquées dans le tableau I :

Tableau I: Caractéristiques générales de l'échantillon

Répondant	Age	sexe	Catégorie	Arrivée au Canada	Statut matrimonial	Parents au Canada	Vit avec famille a Sudbury	Amis a Sudbury	Anglais	Français	Religion	Étudiant?	Emploi
R1	20-30	H	Ind	2012	Célib	Non	Non	Oui	E	E	Mu	Oui	T P
R2	31-40	H	Ind	2003	Célib	Non	Non	Non	B	E	C	Oui	T P
R3	31-40	H	Ind	2011	Célib	Non	Non	Oui	B	E	Mu	Oui	T P
R4	31-40	F	Ind	2011	Célib	Non	Non	Oui	M	E	C		T P
R5	31-40	F	Ind	2007	Célib	Non	Non	Non	E	E	Mu	Oui	Non
R6	31-40	F	Ind	2010	Célib	Non	Non	Oui	B	E	Mu		T P
R7	41-50	H	Ind	2011	Marié	Oui	Oui	Oui	M	E	C		T P
R8	41-50	H	Ind	2011	Marié	Oui	Oui	Non	M	E	C		T P
R9	41-50	H	Ind	2012	Marié	Non	Non	Oui	B	E	C	Oui	
R10	21-30	H	Reg	2009	Célib	Oui	Non	Oui	M	E	C	Oui	
R11	21-30	F	Reg	2008	Célib	Oui	Non	Oui	B	E	C	Oui	
R12	21-30	F	Reg	2008	Célib	Oui	Oui	Oui	E	E	C	Oui	
R13	21-30	F	Reg	2012	Célib	Oui	Non	Oui	M	E	C	Oui	
R14	41-50	F	Regr	2003	Marié	Oui	Oui	Oui	M	E	Mu		Plein temps
R15	31-40	F	Reg	2005	Marié	Oui	Oui	Oui	P	E	C		Plein temps
R16	31-40	F	Reg	2011	Marié	Oui	Enfants	Oui	M	E	C	Oui	Non
R17	31-40	F	Reg	2011	Marié	Oui	Oui	Non	M	E	C	Oui	Non
R18	30-40	F	Reg	2003	Divorcée	Oui	Enfants	Non	E	E	Mu		Plein temps
R19	41-50	F	Ref	2009	Célib	Non	Non	Non	E	E	C		Plein temps
R20	41-50	H	Ref	2007	Marié	Oui	Enfant	Oui	B	E	C		Sans emploi
R21	41-50	H	Réf	2006	Marié	Oui	Oui	Oui	M	E	C		Sans emploi
R22	20-30	F	Ref	2010	Marié	Oui	Non	Non	B	E	C	Oui	T P

Légende :

H: Homme

F: Femme

Reg: Catégorie regroupement
familiale

E: Excellent

Célib: Célibataire

C: Chrétien

Ind: Catégorie indépendante

B: Bonne

TP : Temps partiel

Mu: Musulman

Ref: Catégorie réfugiée

M: Moyen

. Nous remarquons que l'échantillon était très hétérogène.

4.3.4 Techniques et outils de collecte des données

Lors des entrevues individuelles, l'entretien était semi-dirigé, les questions étaient ouvertes et ont porté essentiellement sur trois thèmes: 1) le capital social. 2) la santé, 3) l'expérience de l'immigration (voir le guide d'entrevue à l'annexe 2). Les questions ouvertes ont l'avantage de donner la liberté aux participants d'exprimer leurs idées, leurs attitudes et leurs opinions sur leur santé, l'expérience de l'immigration et le capital social. Ces trois principaux axes que sont le capital social, la santé et l'expérience de l'immigration et l'intégration ont donc été approfondis pendant l'entrevue. L'expérience de l'immigration a permis de connaître les origines, le processus d'immigration et l'arrivée au Canada. Le thème du capital social quant à lui a permis de connaître le statut familial, la qualité des relations sociales. Enfin, le thème sur la santé a permis de recueillir l'auto appréciation de l'état de santé, les expériences éventuelles avec la maladie, les services sociaux et les services de santé.

Ces données ont été complétées par un questionnaire composé de questions fermées sociodémographiques portant sur le profil personnel, linguistique, universitaire et professionnel, les contacts avec les groupements associatifs, les services de santé, les services gouvernements et sociaux et ceux disponibles sur l'immigration en général. Un pré test a été réalisé pour vérifier la cohérence et la pertinence de notre instrument de collecte des données. Le guide d'entretien a été ajusté au fur et à mesure. Les entrevues ont été enregistrées sur un magnétophone.

4.3.5 Analyse des données

Étant dit qu'il y a peu de données sur notre sujet de recherche, on a préféré une démarche proche de la théorisation ancrée pour répondre à notre question de recherche qui rappelle le vise à *connaître quel est le capital social des immigrants récemment arrivés à Sudbury et la relation avec la perception de l'état de santé*. La «théorisation ancrée» encore appelée «Grounded Theory» a été développée par deux sociologues Barney Glaser et Anselm Strauss en 1967. C'est une démarche qui permet de construire des théories à partir des données recueillies sur le terrain. Une fois les données collectées, le chercheur identifie les thèmes et les sous thèmes, lesquels seront analysés et regroupés

pour créer des catégories. Ensuite, les théories sont développées à partir des catégories pour expliquer le phénomène.

Dans cette étude, pour chaque entrevue nous avons procédé à la retranscription intégrale du verbatim des entretiens en prenant en compte les notes prises sur le terrain. L'analyse proprement dite des données qui en réalité est un processus itératif (Paillé, 1994) a comporté 4 étapes: l'analyse thématique, l'analyse dynamique, l'analyse théorique et l'analyse comparative. Lors de l'analyse thématique, nous avons identifié les thèmes et les sous-thèmes ainsi que les contradictions et les difficultés en rapport au capital social, la santé et l'expérience de l'immigration qui ressortaient du récit de chaque répondant. Cette opération nous a permis dans un premier temps d'identifier les thèmes suivants:

- Le capital social avec comme sous thèmes: le contexte de l'immigration, l'unité familiale, la situation de la famille et le statut matrimonial, les amis et connaissances, les groupes d'appartenance,
- L'accès et l'utilisation des services dont les sous-thèmes sont les suivants: l'accès à l'aide institutionnelle, l'accès à la garderie et à l'aide sociale, l'accès aux autres services, les moyens de déplacements par bus, l'accès au logement et aux technologies, l'accès à l'emploi et la reconnaissance des diplômes étrangers
- Les habiletés personnelles (compétences linguistiques, efforts personnels) et les attitudes de la population d'accueil

Lors de l'analyse dynamique, nous avons fait la synthèse pour chaque individu en reconstituant la logique du discours de chaque répondant avec ses contradictions et ses difficultés. Ensuite la prochaine étape était l'analyse théorique qui essentiellement à faire le rapprochement avec la théorie en nous inspirant de la littérature. Lors de cette étape nous avons d'abord regroupé tous les problèmes qui ressortaient des récits des répondants et qui étaient relatifs à la santé physique, au bien-être et la santé mentale sous ses multiples manifestations (stress insomnies, frustrations, peur, anxiété, crainte, mauvaise estime de soi, de la sensation de dévalorisation, de la perte de confiance en soi).

Nous avons ensuite, dans un premier temps, essayé d'expliquer les contradictions du capital social et leurs influences sur l'accès et l'utilisation des services, les habiletés

personnelles et les attitudes de la population d'accueil. Dans un second temps, nous avons essayé de trouver les relations entre le déficit de capital social, les difficultés d'accès et d'utilisation des services, les obstacles liés aux habiletés personnelles, les attitudes de la population d'accueil d'une part et d'autre part les problèmes de santé physique, de santé mentale et de bien-être qui ressortaient des récits des répondants. Lors de l'analyse comparative, nous avons comparé les schémas d'entrevue de tous les répondants pour tenter une réponse à notre question de recherche. Cette étape a permis d'identifier dans un premier temps les aspects du capital social qui ont une influence sur la santé des immigrants. Elle a permis également de comprendre la dynamique et la complexité des interactions entre le capital social et la santé des immigrants.

4.4 Considérations éthiques

Nous avons obtenu une approbation déontologique de l'Université Laurentienne ainsi que du CSCGS pour procéder à la collecte des données. Afin de protéger la dignité et l'intégrité des sujets participants, nous avons veillé au respect de l'anonymat des participants tout au long de cette recherche et avons obtenu leur consentement pour enregistrer les rencontres. Avant tout entretien, nous nous sommes assurés que les participants signent le formulaire de consentement libre et éclairé comme il se doit.

4.5 Résumé

Il s'agit d'une étude qualitative réalisée auprès de 22 immigrants francophones, originaires de divers pays d'Afrique, vivants à Sudbury. Les interviews ont été réalisées de janvier à avril 2014. L'analyse des résultats s'est inspiré de la «Grounded Theory» et quatre principaux thèmes ont été identifiés pour comprendre la dynamique et la complexité des interactions entre le capital social et la santé des immigrants: le capital social, l'accès et l'utilisation des services, les habiletés personnelles et les attitudes de la population d'accueil.

CHAPITRE 5

RÉSULTATS SUR LE CAPITAL SOCIAL

Notre question de recherche vise à savoir comment dans le contexte de l'immigration, le capital social influençait la santé des immigrants. Dans le présent chapitre, nous cherchons à démontrer que bien souvent les immigrants ont moins la possibilité de bénéficier de relations de soutien social et de solidarité. Le soutien social étant « le répertoire des liens que tisse l'individu avec les personnes qui l'entourent afin d'obtenir diverses formes d'aides » (Massé, 1995 p 92). Aussi, le mauvais soutien social proviendrait du mauvais capital social, de la qualité et la quantité des interactions avec la famille, les parents, les amis, les connaissances, les groupes d'appartenance et dans un cercle encore plus large avec les institutions.

Pour pouvoir répondre à notre question de recherche, nous allons décrire le capital social de notre échantillon. Comment se présente le capital social de la population que constitue notre échantillon? En d'autres termes comment se présente leur environnement familial ? Ont-ils des amis, des connaissances proches? Les répondants connaissent-ils les services qui leur sont offerts dans la région de Sudbury ? Comment vivent-ils avec la communauté locale et quelles expériences tirent-ils de leurs interactions ? Vivent-ils des expériences relationnelles qui pourraient constituer des obstacles ou des avantages à leur intégration ?

5.1 Le capital social chez les immigrants

Dans les chapitres précédents, nous avons défini le capital social comme l'ensemble des relations sociales constituées par la famille, les amis, les connaissances et des institutions à partir desquelles on peut profiter des ressources de la société. Les avantages dont on bénéficie comprennent les biens matériels, l'aide financière, les services, l'information ou les conseils, le soutien social et émotif (Bourdieu, 1982). Il permet aussi de profiter de l'expérience positive des autres, de renforcer nos capacités de résilience et de bénéficier de l'aide des autres pour nos activités quotidiennes auxquelles on n'aurait pas pu avoir accès seul (Coleman, 1988).

L'analyse des données nous a permis d'identifier plusieurs thèmes qui contribuent à déterminer le capital social des immigrants. Le réseau social des immigrants dépendait du contexte de l'immigration, du statut de la famille, des interactions avec les amis, les connaissances, les groupes d'appartenance, la connaissance et l'accès aux services les habilités personnelles telles que les compétences relationnelles et la maîtrise de l'anglais, l'occupation et les expériences personnelles. Nous leurs avons donné un score allant de 2 à 23 pour avoir une « mesure » approximative du capital social de nos répondants. Nous avons deux groupes : ceux qui ont un capital social (score supérieure à 12) et ceux qui n'en n'ont pas (score égale ou inférieur à 12) comme indiqué dans le tableau II

Tableau II: score pour le capital social des répondants.

Répondants	Catégorie contexte d'immigration (regroupement=3, indépendant=2, refugié=0)	L'occupation (sans emploi=0, étudiant=1, travailleur=2)	niveau d'éducation (secondaire=1, universitaire=2)	les compétences linguistiques (anglais Bien=2 Anglais moyen ou mauvais=1, français=1)	La situation matrimoniale (célibataire=0, divorcé=0, marié, en couple=2)	Présence des parents à Sudbury (oui=2) au Canada (oui=1) pas de parents au Canada ni à Sudbury (=0)	les amis et connaissances (oui=2, non=0)	la participation à des groupes associatifs, (oui=2, non=0)	accès aux services (oui=1, non=0)	la confiance, (oui=1, non=0)	la méfiance, (oui=0, non=1)	les expériences négatives vécues dans les interactions avec la communauté (oui=0, non=2)	Score total
R5	2	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	6
R2	2	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	7
R19	0	2	2	3	0	0	0	0	1	0	0	0	8
R22	0	1	2	2	2	0	0	0	0	1	0	2	10
R20	2	0	2	2	2	0	0	0	1	0	0	2	11
R18	3	2	1	3	0	0	0	0	1	0	0	2	12
R1	2	1	2	2	0	0	2	2	1	1	1	0	14
R7	2	2	2	2	2	2	2	0	0	0	0	0	14
R17	3	1	1	1	2	2	2	0	0	1	1	2	16
R4	2	2	2	2	0	0	2	2	1	1	1	2	17
R14	3	2	2	2	2	2	2	0	1	1	0	0	17
R6	2	2	2	3	0	0	2	2	1	1	1	2	18
R8	2	2	2	2	2	2	2	0	0	1	1	2	18
R10	3	1	2	2	0	1	2	2	1	1	1	2	18
R11	3	1	2	2	0	1	2	2	1	1	1	2	18
R13	3	1	2	2	0	1	2	2	1	1	1	2	18
R21	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	0	0	18
R3	2	2	2	2	2	0	2	2	1	1	1	2	19
R9	2	1	2	3	2	0	2	2	1	1	1	2	19
R16	3	1	2	2	2	2	2	2	1	1	0	2	20
R15	3	2	2	2	2	2	2	2	1	1	0	2	21
R12	3	1	2	3	2	2	2	2	1	1	1	2	22

Six répondants ont un mauvais capital social. Ce groupe est composé de 2 indépendants (R2, R5), trois réfugiés (R19, R20, R22) et un du regroupement familial R18. Seize ont un capital social bon ou moyen.

Le score pour le capital social varie entre 2 et 23 avec une moyenne de 15,8. Tous les groupes d'immigrants ont un déficit de capital social. Mais on observe des différences selon les caractéristiques sociodémographiques comme l'indique le tableau III

Tableau III: score du capital social selon les caractéristiques sociodémographiques.

Catégorie d'immigration <ul style="list-style-type: none"> • Indépendants (15,5) • Réfugiés (11,8) • Regroupement familial (18) 	Tranches d'âge <ul style="list-style-type: none"> • 20-30 ans (16,6) • 31-40 ans (16) • 41-50 (15) 	Statut Matrimoniale <ul style="list-style-type: none"> • Mariés (16,4) • Célibataires (15,7) • Divorcés (12)
Arrivé au Canada <ul style="list-style-type: none"> • il y a moins de 5 ans (16,6) • il y a plus de 5 ans (14,3) 	Parents au Canada <ul style="list-style-type: none"> • Oui (16,7) • Non (14,5) Femmes (16,2) Hommes (15,3)	Vit avec toute la famille à Sudbury <ul style="list-style-type: none"> • Oui (18) • Non (14,9)
Amis à Sudbury <ul style="list-style-type: none"> • Oui (17,6) • Non (12,1) 	Fréquent association <ul style="list-style-type: none"> • Oui (18) • Non (13,7) 	Religion <ul style="list-style-type: none"> • Chrétien (15,9) • Musulman (15,7)
Maîtrise l'anglais <ul style="list-style-type: none"> • Oui (14,7) • Non (17,7) 	Étudiant <ul style="list-style-type: none"> • Oui (16,2) • Non (15,4) 	Emploi <ul style="list-style-type: none"> • Temps plein (14,5) • Temps partiel (14,6) • Sans emploi (17,4)

Le capital est inégalement réparti parmi les immigrants. Par exemple ceux du regroupement familial ont un plus grand capital social que les réfugiés. Selon la classification ceux qui vivent avec toute la famille à Sudbury, ceux qui ont un parent au Canada, ou fréquentent des amis ou des associations ont un capital social plus élevé que les autres.

L'analyse qualitative des données nous a permis d'avoir plus de détails sur les thèmes qui nous sont apparus comme des facteurs essentiels qui déterminaient, l'existence, la qualité et la quantité des relations sociales de nos répondants.

Thème 1 : Le contexte de l'immigration

Par souci de synchronie, le premier thème pour décrire le capital social de notre échantillon était de savoir dans quel contexte les immigrants étaient arrivés au Canada. Ceci était important pour plusieurs raisons. Le contexte de l'immigration permet de savoir dans quelle mesure le départ a été volontaire, de comprendre la situation de la famille au Canada et dans le pays d'origine puis enfin de comprendre les motifs et les attentes de l'immigrant. Les *immigrants indépendants* au nombre de neuf dans cette catégorie (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9) passent par de longues procédures avant d'arriver au Canada comme atteste le témoignage du répondant R8.

(...) je suis venu en tant que résident permanent. Pour y parvenir, je dois avouer qu'on a passé trois ans à remplir les formalités concernant la procédure d'immigration... On est arrivé à Montréal, c'est là qu'on a commencé notre vie réelle au Canada.

Après une longue période, ces personnes immigreront dans l'espoir d'améliorer leur situation professionnelle et économique avec de grandes attentes. C'est le plus souvent une entreprise volontaire, réfléchie et murie, suivie de longues attentes. Aussi, parmi les neuf répondants de la catégorie du *regroupement familial* (R10, R11, R12, R13, R14, R15, R16, R17, R18) qui étaient venus rejoindre la famille, il y avait trois cas de figure : les épouses venues rejoindre leurs maris immigrants indépendants, ceux venus rejoindre leurs parents immigrants indépendants, ceux venus rejoindre leurs parents réfugiés au Canada. Dans le groupe de neuf répondants, il y avait quatre femmes venues rejoindre leur mari (R14, R15, R16, R17), comme témoigne la R14 :

Pour moi, je n'ai rien fait (rires). Je me suis mariée (...) c'est mon mari lui-même qui a initié les procédures, je n'ai fait que signer les papiers, et puis recevoir le visa, pour rentrer au Canada.

Il y avait aussi trois autres (R12, R13, R18) dont les parents eux-mêmes étaient des immigrants indépendants établis au Canada et deux (R10, R11) dont les parents étaient des réfugiés. Ceci est le témoignage de la répondante R11

J'étais dans mon pays....Et après, comme il n'y avait pas la sécurité, c'est mes parents qui sont venus ici d'abord avant moi et moi je suis restée en Afrique dans une famille et après ça, ça nous a pris, je pense environ trois ans pour que je vienne ici au Canada parce que ce n'est pas toujours facile, ça prend du temps... Je suis venue en tant que réfugiée, mais pour rejoindre mes parents aussi.

Le groupe *des réfugiés* arrive souvent sans la famille. Il était composé de deux femmes (R19, R20) et de deux hommes (R21, R22). Ces personnes ont fui la guerre dans leur pays et recherchent l'asile et la sécurité au Canada comme témoigne le répondant R20 :

Je viens de la République Démocratique du Congo, C'est bien connu à cause des situations de guerre que le pays vit en ce moment. ...je ne suis pas venu directement à partir du Congo. Je suis passé par le Kenya et c'est du Kenya que je suis venu ici au Canada. Au Kenya j'étais là-bas en tant qu'un réfugié et c'est à partir de là que j'ai fait le programme de rétablissement que je suis venu au Canada.

La trajectoire des réfugiés est différente, car ils transitent par un autre pays avant de venir seul au Canada sans aucun membre de la famille.

Le contexte de l'immigration est variable, volontaire et planifiée pour les indépendants et ceux du regroupement, ce qui est moins évident pour les réfugiés. Le contexte de l'immigration montre que neuf personnes sont venues pour des raisons économiques, autant sont venues rejoindre leurs parents et quatre sont venues pour des raisons de sécurité.

Le deuxième thème identifié est la situation de la famille et le statut matrimonial. Dans le réseau social, la présence des membres de la famille et des parents est importante pour les nouveaux arrivants pendant les premiers instants au Canada. La famille constitue une source d'assistance et un facteur de résilience, de protection. La famille permet de faire face aux problèmes quotidiens de la vie et sert de bouclier pour chaque membre de la famille. Devant la majorité des problèmes sociaux ou de santé, avant de recourir aux établissements, un individu se tourne d'abord et en tout premier lieu vers sa famille. Le recours familial permet de trouver des solutions, pour éviter que des situations ne dégénèrent en des problèmes plus graves (Fortin, 1994). En général dans la famille, les rapports entre les individus sont étroits et solides. Ces liens sont dits « forts » parce que ce sont des personnes avec qui l'on partage une intimité et avec qui l'on a des contacts fréquents (Granovetter, 1973).

Nous avons rencontré dix personnes qui étaient mariées dont six vivaient avec tous les membres de leur famille. Deux immigrants vivaient seuls et deux autres vivaient avec leurs enfants. L'autre moitié de l'échantillon était composée de 11 personnes célibataires parmi lesquelles une seule vivait avec sa mère. Sept autres personnes vivaient seules (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R19) et 3 avec des amis (R10, R11, R13). Sur l'ensemble du groupe, quatorze personnes avaient un parent au Canada et parmi ces quatorze personnes, quatre vivaient avec au moins un parent à Sudbury et huit personnes n'avaient aucun parent ni à Sudbury ni au Canada (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R9, R19). Pour les neuf répondants venant dans le cadre du regroupement familial, ils trouvent sur place leur famille pour les accueillir.

La situation est différente pour les réfugiés et les indépendants. Les réfugiés viennent souvent en « catastrophe », une situation qui n'a pas souvent été longuement murie avant exécution. Dans ce groupe la situation familiale était la suivante. Il y avait quatre réfugiés, dont trois qui étaient mariés (R20, R21, R22). Parmi ces trois personnes, aucun n'était venu avec sa famille. Au moment de l'entretien la R22 avait toujours son mari en Afrique et était dans le processus du parrainage, le R21 avait réussi à faire venir sa femme et R20 avait fait venir ses deux enfants pour l'instant. Le processus pour faire venir son épouse était arrêté pour des raisons administratives et il devait se rendre en Afrique pour régler ce problème. L'épouse vit toujours en Afrique dans un pays différent

de son pays d'origine. Le quatrième réfugié était une célibataire dont l'unique enfant était resté en Afrique.

La séparation de la famille s'observe aussi chez les indépendants comme un enjeu affectant le capital social. Il y avait 9 indépendants dont 3 mariés (R7, R8, R9) qui vivaient cette situation. Parmi ces 3 mariés, les 2 répondants (R7, R9) sont venus dans un premier temps sans leurs familles. Le répondant R8 était venu au Canada en 2011 avec toute sa famille. Au moment de l'entretien, R7 avait fait venir sa famille en juin 2013, c'est-à-dire deux ans et demi après son arrivée au Canada. Quant au répondant R9, venu en 2012, il était toujours sans aucun membre de sa famille. Il espère terminer des études dans 2 ans et trouver un emploi avant de parrainer sa famille.

En résumé, 12 personnes ne vivent avec aucun parent ni au Canada ni à Sudbury. Parmi les 10 personnes vivant avec leur parent, 4 vivent avec seulement une partie de la famille. Il s'agit des enfants pour 4 personnes. Il s'agit de R18 du fait d'un divorce, R20 dont la conjointe est en Afrique et de la répondante R16 dont l'époux travaille hors Sudbury et de R12 qui vit avec sa mère à Sudbury.

Thème 2 : Les amis et connaissances

Un autre thème identifié est le cercle au-delà de la famille, constitué par les amis, les connaissances. Ces amis sont des personnes que nous connaissons en qui nous pouvons placer une certaine confiance et dont nous sommes assez certains de leur loyauté envers nous. Les amis et les connaissances constituent aussi une voie de recours avant de s'adresser aux institutions devant la majorité des problèmes sociaux ou de santé (Fortin, 1994). Les liens qui nous unissent aux connaissances sont en général plus faibles qu'avec les membres de la famille. Ces « liens faibles » ont l'avantage de procurer des relations avec des individus d'origines très différentes, en dehors des parents, donnant ainsi accès à des informations et à des ressources inaccessibles par ailleurs (Granovetter, 1973).

Dans l'échantillon nous avons identifié 4 situations liées aux amis et aux connaissances: ceux qui affirment n'avoir pas d'amis, ceux qui ont de bonnes relations avec les amis, ceux qui ont eu de mauvaises interactions avec les amis et ceux qui subissent une mauvaise influence. Globalement, nos répondants ont affirmé avoir des amis ou des connaissances au Canada. Ces amitiés et connaissances qui se sont faites

après leur arrivée sont importantes pour le soutien social puisque les répondants ont affirmé avoir reçu de manière informelle des informations qui leur ont été utiles par la suite. Parmi les 12 qui n'avaient pas de parents, 3 personnes (R10, R11, R13) vivaient avec des amis, alors que 10 personnes pouvaient compter sur leurs amis en cas de problèmes.

Au moment de l'entrevue, 4 répondantes nous ont affirmé ne pas avoir d'amis ni de relations à Sudbury. Cette situation est illustrée par la répondante R22. Tous ses amis sont à Ottawa, ville où elle a résidé juste à son arrivée avant de venir à Sudbury pour des études. Elle affirme être trop prise par ses études et le travail à temps partiel qu'elle fait pour payer ses études. Elle dit n'avoir pas le temps de tisser des relations sociales.

Il existe des situations où les interactions entre amis ont été négatives et ont conditionné les comportements de nos répondants. Ces répondants ont fait des expériences négatives et ont développé une grande méfiance qui peut jouer contre leur épanouissement (Luhmann, 2001). Trois répondants (R2, R5, R19) sont allés jusqu'à se priver de demander de l'aide auprès des autres. Ces trois répondants ont affirmé clairement être assez déçus des types d'amitiés et de la qualité des interactions qu'ils rencontrent aussi bien avec leurs amis qu'avec leurs connaissances. Pour ces 3 personnes, il ne s'agit pas de types d'amitiés sincères sur lesquelles elles peuvent se confier. Ces répondants ont été marqués par ces mauvaises expériences et ils trouvent que Sudbury est une société où les amitiés, les relations en général sont trop superficielles. Les relations sont guidées par des intérêts ponctuels et immédiats et sur lesquelles on ne peut pas compter. Le témoignage de la répondante R5 est la plus frappante. Elle estime qu'elle ne peut pas se fier à ses connaissances. Elle en a marre et ne demande plus l'aide de personne :

(...) par expérience, je sais que les gens te disent : ha si tu as besoin de quoi que ce soit, appelle, n'hésite pas. Moi, je n'appelle jamais. Le peu de fois que j'ai appelé, les gens ne sont pas disponibles. Alors recevant une gifle une fois, c'est bon, deux fois c'est bon, la troisième fois c'est moi qui vais la donner hein, je ne vais plus la recevoir.

On pourrait trop facilement comprendre la déception de ces 3 personnes et l'attribuer au fait qu'elles sont toutes célibataires, vivent seules au Canada et n'ont pas d'enfants. Ces personnes peuvent trouver que les liens sont trop lâches, car ils n'ont pas d'autres parents au Canada. Ils ne peuvent donc pas compter sur les parents et les connaissances. Mais cette reproche aux types de liens sociaux a été relevée par d'autres répondants qui sont dans une dynamique différente notamment chez la répondante R14 qui vit avec toute sa famille à Sudbury, parlant de son environnement de travail :

Par ce que tu vis tous les jours, cet aspect (lâche des relations sociales).

Tu viens on te présente quelqu'un qui est dans un autre département, la personne le lendemain, il ne te salue même pas...

Cette répondante est visiblement choquée par la lâcheté des relations sociales qui prévalent dans cette société. Elle a un sentiment d'être négligée. Elle se demande si on peut vraiment tisser des relations assez cordiales dans son environnement de travail.

L'influence que des jeunes ou des adultes peuvent subir de la part de leurs amis est parfois néfaste. Le Répondant R20 en a été victime parce qu'il reconnaît avoir pris la mauvaise habitude de consommer de l'alcool quand il était avec ses amis. Dans l'ensemble des témoignages, aucun des enfants de nos répondants n'était victime d'une mauvaise influence de la part de ses camarades. Cependant la répondante R11 a été témoin de 2 situations où des jeunes immigrants sous l'influence de leurs amis ont décroché de l'école pour s'adonner à la drogue et la délinquance :

Le premier cas est le suivant:

(...) c'est une famille que je connais, ils avaient une meilleure vie en Afrique, mais arrivée ici c'est le mari qui a envoyé sa femme et ses enfants pour que ses enfants viennent ici étudier, parce que lui il travaille toujours au pays, il a un bon poste. Quand la famille est arrivée ici, ils se sont intégrés dans une communauté qui n'est pas sécuritaire, là où il y avait beaucoup de bandits et ce qui est arrivé c'est que les enfants, le fils, l'aîné, lui il s'est fait des amis du quartier même; les mauvais amis qui faisaient toujours de la drogue, des choses comme ça,

et maintenant il est devenu fou. Il est incapable de retourner à l'école, il parle lui-même tout seul comme ça, à cause de beaucoup d'alcool et des drogues qu'il a consommés, et la fille aussi, parce qu'elle s'est faite de mauvais amis aussi, elle est juste perdue.

Le second cas 2 :

Il y avait des problèmes dans sa famille, et arrivé à l'âge de treize ou quatorze ans, il a rencontré d'autres jeunes à l'école qui n'avait pas de bonnes habitudes et puis il a commencé à fumer, il a commencé à prendre de la drogue et arrivé à un moment donné, à l'âge de quinze ans, il a fui sa maison, il s'est retrouvé dans la rue, mais après ça. (...) c'était très difficile pour ses parents de le retrouver et après quelques années il a retrouvé ses parents et il est retourné chez lui, mais maintenant (...) à cause de la drogue et toutes les choses qu'il a faites, il y a beaucoup de choses qu'il ne peut plus faire maintenant à cause de sa santé.

Dans ce cas, nous avons une des externalités négatives du capital social. Le témoignage de la répondante R11 montre à quel point, pour les enfants surtout s'ils sont jeunes, les mauvaises fréquentations peuvent avoir une influence néfaste sur leur comportement, leur éducation scolaire et compromettre leur santé et leur avenir. En fréquentant des personnes stigmatisées, qui ont de mauvaises habitudes et peu recommandables on finit par adopter leur « mauvais comportement » pour se faire accepter dans le groupe et subir par la, la même exclusion sociale dont est victime ce groupe. Cette exclusion sociale renforce l'identification à ce groupe et renforce du même coup cette exclusion sociale. Les « mauvaises habitudes » que l'on finit par adopter dans ce groupe peuvent avoir des conséquences négatives sur la santé.

Thème 3 : Les groupes d'appartenance

Les groupes d'appartenance constituent un autre aspect important du réseau social des immigrants. Les liens qui nous lient aux groupes d'appartenance sont en général plus faibles qu'avec les membres de la famille, mais ces liens faibles ont l'avantage de nous mettre en relation avec des individus d'origines très différentes, donnant ainsi accès à des informations et à des ressources que nous n'aurions pas eues en famille ou avec les amis (Granovetter, 1973). À ce titre, fréquenter une association par exemple est très important en général et particulièrement pour les nouveaux arrivants qui doivent tisser un solide réseau social pour s'intégrer dans la société. Dans cette étude, 14 répondants ont affirmé participer à des rencontres hebdomadaires à l'Église pour la messe (10 personnes), la prière du vendredi à la mosquée (2 personnes), la pratique du soccer chaque vendredi soir (2 personnes), ou les rencontres occasionnelles avec les ressortissants d'un même pays (3 personnes). Toutefois, 8 autres personnes (R2, R3, R6, R8, R14, R17, R18, R19) ont affirmé ne fréquenter ni les Églises, ni les mosquées, ni les sports. Les raisons sont d'ordre religieux, le manque de temps (pour 4 répondants), le manque d'intérêt (pour 2 répondants), ou l'ignorance (pour 2 répondants). C'est le cas de cette mère monoparentale R18 qui affirme qu'à part ses collègues de services elle ne fréquente aucune autre personne.

Je n'ai pas vraiment de réseau communautaire, je ne fais pas partie d'une communauté d'insertion ou d'intégration ou de quoi que ce soit là. (...) Je vis comme n'importe quel Canadien (...) Non, je ne vais pas à l'église, je ne vais pas à la mosquée. Je fréquente la famille que j'ai ici, et puis mes collègues de travail, c'est ça que j'ai comme amis. (...) Mais je ne vais pas dans une communauté religieuse où (...) Je ne fais pas partie d'un organisme de je ne sais quoi, non. Je n'en fais aucunement partie.

À la lumière des différents témoignages, le réseau associatif de nos répondants paraît a priori assez faible. Bien que nos répondants viennent de pays divers, nous n'avons pas eu le témoignage sur les associations d'immigrants ressortissants d'un même pays. Est-

ce dû au nombre réduit d'immigrants issus d'un même pays ou que les rencontres se font de manière plus informelle?

5.2 Accès et utilisation des services

Les ressources de la société ne sont pas disponibles uniquement dans la famille, auprès des amis ou des connaissances. Elles sont disponibles non seulement auprès des services pour faciliter l'intégration des immigrants, mais aussi de manière générale dans tous les autres services privés ou publics de l'État.

Thème 4 : L'accès à l'aide institutionnelle

Nous avons signalé plus haut qu'il existe à Sudbury des services dont le mandat est d'œuvrer à faciliter l'établissement et l'intégration des nouveaux arrivants. Ce sont des établissements où on trouve plus facilement diverses formes de soutien social et des occasions de tisser des liens. La connaissance et l'utilisation adéquate des services qu'offrent ces établissements permet de connaître les aides qui sont disponibles et comment y avoir accès. Ces établissements tels que le YMCA et le CIFS offrent des services aux immigrants. Ils constituent en même temps des relais pour avoir accès à d'autres établissements ainsi que les services qui y sont disponibles.

S'il est vrai que de manière générale qu'avec le temps, les répondants connaissent ou ont déjà entendu parler de ces établissements, les formes de connaissances et les degrés de connaissances sont variables. Le répondant R21 est convaincu qu'à leur arrivée le groupe des réfugiés est mieux informé de l'existence de ces structures que les autres groupes d'immigrants. Pour lui, « les résidents permanents ne sont pas au courant parce qu'ils ne passent pas par le rouage ». Bien souvent on ne leur explique pas systématiquement comment marchent ces services d'aide aux immigrants. Il pense que les résidents permanents sont moins bien « réseautés » que les réfugiés parce qu'ils doivent déclarer qu'ils ont les moyens de subsister par eux-mêmes:

Les résidents permanents, ils ne sont pas au courant parce qu'ils ne passent pas par le rouage. Le réfugié quand il vient, c'est comme s'il trouve un chemin bâti là (...) Service social te dit : tu vas à l'école, tu

fais l'anglais, ou bien on t'envoie dans un collège où tu dois étudier, en attendant que tes papiers sortent. (...) Dès que tu as le papier, tu vois le rouage là, on connaît tous ces services. Il y a le housing, (logement du gouvernement) tu peux appliquer pour avoir la maison, etc., souvent quand on vient comme réfugié, on est cadré, on est canalisé. (...) quand quelqu'un devient résident permanent, d'abord il déclare qu'il a le moyen de subsistance lui-même.

Il affirme que grâce à lui, beaucoup de ses compatriotes ont pu avoir accès aux habitations à coûts sociaux grâce à ses conseils. Le témoignage de la R16 nous oblige à nuancer un peu les propos du répondant R21. Elle est venue avec sa famille et affirme avoir aidé plusieurs réfugiés restés dans l'ignorance en les inscrivant aux études en français. Lors des entrevues, nous avons observé que plusieurs répondants ignorent l'attribution et le pouvoir de décision de ces services. De leurs témoignages, il ressort qu'ils s'attendaient à ce que ces services leur trouvent du travail ou usent de leur pouvoir pour les faire recruter par les employeurs comme le répondant R21 :

Mais les services pour chercher l'emploi... à part faire les CV (Curriculum Vitae)... ils vous conseillent : ah oui, tu veux faire la demande pour la citoyenneté? On peut t'aider. Ils donnent la ressource, mais aucun service ne donne l'emploi. Aucun, aucun. Moi, j'ai sillonné. ... On ne vous donne pas l'emploi.

Il estime que hormis des services comme faire les CV ou faire la demande de citoyenneté, les services pour faciliter l'embauche des immigrants ne sont pas efficaces. Mais ce témoignage est battu en brèche par le répondant R8 :

Quand tu es immigrant et que tu arrives, quand tu rentres là, ils te prennent vraiment comme un bébé là qu'ils voulaient aider à marcher. Et puis même ils t'aident à trouver de l'emploi dans ton domaine.

Le témoignage du R8 montre que les expériences sont diverses. Lui au contraire est très satisfait et fait confiance à ces services.

Thème 5 : L'accès aux autres services

Toutes les autres organisations influencent en leur façon à l'intégration des immigrants au sein de la communauté. Selon la situation, ces organismes peuvent contribuer à faciliter cette intégration ou au contraire la rendre plus difficile. Les témoignages de cette étude nous a permis d'identifier les organisations ou les activités suivantes : le transport en commun, la garderie des enfants, la reconnaissance des diplômes, le centre d'emploi, l'école, l'aide sociale, les finances, le logement ou le téléphone.

- L'accès à la garderie et à l'aide sociale

Les garderies permettent aux enfants de socialiser avec d'autres et facilitent leur intégration. En même temps, elles donnent du temps libre aux parents pour occuper où rechercher un emploi, avoir un revenu et faciliter par la même leur intégration. Elles obéissent à certaines règles que ne connaissent pas les immigrants et qui peuvent leur être préjudiciables. L'exemple illustratif du R8 qui après sa formation en éducation se retrouve sans emploi. Il affirme que son compte « était dans le rouge ». Après avoir pris contact avec une garderie, il s'est vu refuser dans un premier temps l'aide pour la garderie de son enfant. Il affirme qu'il a été refusé parce qu'il n'avait pas suivi la procédure. Il aurait dû venir s'inscrire à l'avance sur une liste pour qu'on étudie son dossier pour voir s'il était admissible. Lui, croyait avoir bien fait en cherchant la garderie et pensait qu'on lui accorderait automatiquement la gratuité pour la garde de l'enfant.

Dans la même lancée, il va postuler pour l'aide sociale. Il s'est vu refuser l'aide sociale par ce que sa femme allait être aux études et « devait forcément s'endetter » avec le régime d'aide financière aux étudiants en Ontario. Au même moment, il se rendait compte qu'il avait perdu beaucoup d'argent. Il devait déclarer l'assurance parentale de ses enfants et il ne l'avait pas fait parce qu'il ne le savait pas. Quand il a été informé par un de ses amis, il a appelé le service et on lui a fait savoir que c'était trop tard. Alors, il s'est rendu compte qu'il avait perdu un montant substantiel pour sa famille en cette période difficile.

Au début, le R8 était méfiant face à la formation sur l'intégration, mais quand il a fait cette formation il a vu que ça lui avait été très utile pour se débrouiller par la suite. Il reconnaissait dans son témoignage que tout ce qui lui était arrivé était parce qu'il ne connaissait pas comment ces organisations fonctionnaient. Sans doute qu'il ne se serait pas trouvé dans cette situation, s'il avait connu comment les règlements des garderies agissaient et surtout s'il avait déclaré être sur l'assurance sociale.

- Les moyens de déplacement par autobus

Pour les nouveaux arrivants qui n'ont pas encore de moyen de déplacement personnel, l'autobus constitue le moyen pour faire ses courses et par la même rencontrer d'autres personnes, aller à des rendez-vous, planifier ses déplacements, bref à créer ou à maintenir des liens avec d'autres personnes. Toute difficulté avec ce moyen de transport peut entraver la création et le maintien des liens. L'autobus contribue pour sa part à faciliter l'intégration. Au cours des témoignages nous avons noté que les difficultés relatives aux transports (par bus) notamment les trajets et les horaires peuvent entraver ou réduire significativement les interactions sociales pour certains immigrants surtout pour les nouveaux arrivants à Sudbury qui n'ont pas de voiture. Ces difficultés ressortent avec plus d'acuité dans le témoignage de 2 répondantes (R5, R22). La R22 est à Sudbury depuis 4 mois, elle est étudiante et travaille à temps partiel, elle n'habite pas en résidence universitaire, mais en ville. La R5 seconde étudiante, célibataire de plus 40 ans, habite à la résidence de l'université. Les deux affirment que le temps d'attente entre les autobus ainsi que les trajets et les horaires changeants sont un véritable casse-tête pour elles à tel point qu'elles se sont gardées de rendre visite à de nouvelles connaissances faites ici à Sudbury. Elles se gardent également d'aller faire des distractions pour mieux connaître la ville. Même les courses pour l'épicerie sont réduites au minimum comme témoigne la répondante R5:

(...) moi personnellement, juste le fait d'aller faire mon épicerie c'est toute une organisation, parce que le système d'autobus n'est pas très développé. Donc juste pour faire son épicerie pour aller aux 4 coins en

voiture c'est 10 minutes, moi, ça me prend comme 45 minutes. Parce que je dois prendre 2 autobus, en plus il faut porter tout ça (...).

Selon ce témoignage, même les activités les plus basiques qui doivent se dérouler en ville comportent des obstacles et deviennent pénibles à réaliser.

- L'accès au logement et aux technologies

Un logement décent et adéquat permet l'épanouissement de la famille. Bien que ce soit un besoin essentiel pour les nouveaux arrivants et une passerelle pour une bonne intégration, l'accès au logement peut comporter des difficultés supplémentaires pour les immigrants parce qu'ils ignorent les pratiques courantes dans ce domaine. Les difficultés en rapport aux lois qui régissent le loyer et l'achat de maison ressort dans le témoignage de ce répondant R7. Il affirme avoir eu de la peine à trouver un logement parce qu'à chaque fois le propriétaire de la maison exigeait de lui qu'il donne la preuve qu'il avait un emploi rémunéré alors qu'il venait d'arriver et était à la recherche d'un emploi.

(...) même si tu as l'argent de l'Afrique la, tu dois prouver que tu travailles sur place. Même si tu as des millions, tu prouves d'abord que tu travailles. Même celui qui travaille, qui touche 10 dollars l'heure, on peut lui donner quelque chose que toi tu viens avec l'argent on ne va pas te donner.

Ce témoignage cache un traitement différentiel dont sont plus souvent victimes les immigrants. Bien souvent, les immigrants surtout les noirs connaissent des conditions de logement moins favorables que celles des canadiens natifs.

Le déphasage lié à l'accès à l'Internet et l'informatisation général des tâches de la vie quotidienne peut aussi constituer un obstacle. Pour un nouvel arrivant par exemple la faible maîtrise de l'outil informatique ou l'indisponibilité d'un ordinateur ou de connexion internet pour consulter les sites que l'on donne quand on va se renseigner sont des facteurs qui peuvent priver l'immigrant de l'accès à des informations de première main ou le retarder voir même le priver dans ses démarches d'emploi par exemple.

Répondant 7:

Parce que celui qui vient d'arriver tout de suite, peut-être même qu'il n'a pas encore un ordinateur donc quand tu demandes l'information, (...) tu t'attends à ce que quelqu'un te renseigne et on te donne un site web!

Quand on est arrivés on est allés au service gouvernemental à côté, on est allés là-bas pour les procédures à faire pour avoir la carte de résident permanent. Et eux ils ont balancé un site et un numéro de téléphone.

Pour la famille du R7 qui venait d'arriver, l'acquisition de la carte de résidence est importante pour avoir accès à certains services. Ils sont allés dans ce service espérant trouver une solution à leur problème. Son témoignage suggère que son problème est assez négligé et pire le comportement des agents tend à augmenter les obstacles à surmonter pour avoir la carte de résidence. Cette interaction négative le rendra plus méfiant à l'égard de ces services et sans doute il hésitera plus d'une fois la prochaine fois avant de venir demander un autre service.

- L'accès à l'emploi et la reconnaissance des diplômes étrangers

L'emploi permet d'avoir un revenu et de participer activement à la vie de la communauté et d'élargir son réseau social d'amis et de connaissances (Ostrovsky, 2008; ; Picot, 2007). Le revenu permet de participer à plus d'activités et d'avoir plus d'occasion de rencontrer d'autres personnes. La non-reconnaissance des diplômes et des expériences acquises hors Canada constituent un obstacle à l'accès à l'emploi surtout pour ceux qui arrivent avec un diplôme d'études supérieures et ayant une expérience professionnelle, on ne le dira jamais assez.

Dans notre échantillon 9 personnes avaient un emploi dont 4 à temps plein (R14, R15, R18, R19) et 5 à temps partiel (R3, R4, R6, R7, R8). Parmi les 11 étudiants interrogés, 3 occupaient un emploi à temps partiel (R1, R2, R22). Les répondants R20 et R21 étaient sans emploi. Dans notre échantillon, les emplois intermittents apparaissent comme un passage obligé surtout pour ceux ayant déjà une famille. La plupart pour pouvoir subvenir à leurs besoins et à ceux de leur famille (R7, R8, R9, R21, R20, R22) doivent occuper des emplois temporaires, à temps partiels dans des conditions souvent

pénibles. Ils sont prêts à faire n'importe quel travail, comme le témoignage de R8 « J'étais prêt à faire n'importe quel travail pour nourrir ma famille » ou de changer de carrière quitte à se retrouver dans un domaine où on n'a jamais eu d'expérience (R9, R20). Dans notre échantillon, le témoignage le plus frappant est le cas de ce répondant réfugié de près de 50 ans (R20) qui a fait des études de droit et de sciences politiques dans son pays. Après quelques emplois temporaires et partiels dans le « général Labour » dans des conditions de travail extrêmement difficiles, il dit avoir opté pour faire des études de soudure et fabrication dans l'espoir de trouver plus facilement du travail. Il affirme qu'il n'avait aucune expérience auparavant dans ce domaine. Actuellement il a fini ses études, mais est toujours sans emploi.

La méconnaissance du système des affaires avec ce que cela peut comporter ressort parmi les témoignages dont celui de la R19. Elle a ouvert une compagnie ici, mais elle a été obligée de fermer après environ une année par ce qu'elle n'a pas su maîtrisé le système. Elle a engagé des dépenses qui se sont avérées par la suite non nécessaires. La R19 se plaint qu'elle se retrouve actuellement avec un gros crédit qu'elle doit rembourser. Pour cette répondante si on n'a pas d'éducation financière, on a peu de chances de s'en sortir.

5.3 Les habiletés personnelles

Pour interagir efficacement avec la communauté d'accueil et pour pouvoir s'intégrer sans trop de difficultés l'immigrant doit avoir un minimum d'habiletés personnelles. S'il est vrai que la qualité de l'intégration dépend des attitudes de la population d'accueil, la maîtrise de la langue et les efforts personnels que l'immigrant doit entreprendre jouent aussi un rôle important.

Thème 6 : La langue

La maîtrise de la langue est un outil indispensable pour communiquer avec les autres. Il contribue en même temps à agrandir le capital social. Il permet de se faire comprendre facilement et de comprendre les autres. Pour les immigrants francophones qui s'établissent à Sudbury, il leur est nécessaire de pouvoir comprendre le fonctionnement des institutions et organismes de la ville pour faciliter leur intégration

sociale et professionnelle. Tous nos répondants viennent de pays francophones et personne n'a signalé un obstacle majeur de compréhension du français parlé dans la ville de Sudbury. Par contre 10 personnes ont de la difficulté à communiquer en anglais. S'il est vrai que le français est parlé à Sudbury, la majorité des services est offerte en anglais. Les habitants sont majoritairement anglophones. La maîtrise de l'anglais est indispensable pour avoir un bon emploi comme dit le répondant R9 :

L'autre facteur qui également peut être défavorable c'est la langue, (...) on a eu affaire à la plupart des formations en français, mais le monde du travail c'est autre chose, c'est l'anglais qui prévaut (...) tu peux passer deux, trois ou quatre ans à faire une formation et après quand il va falloir trouver le travail, si tu n'as pas de connaissances de la langue anglaise, tu ne seras pas ou à peine accepté dans le milieu du travail.

Le témoignage de ce répondant nous indique que la non maîtrise de l'anglais peut être un obstacle à l'obtention d'un emploi qui est un facteur important d'intégration.

Thème 7 : Les efforts personnels à faire

Le capital social n'est pas une donnée naturelle ni même « un donné social », c'est le fruit d'un investissement personnel (Bourdieu 80 :2). Chaque immigrant doit fournir des efforts personnels pour son intégration. Il ressort de nos entretiens des dispositions personnelles influençant la formation d'un réseau social et la qualité des interactions sociales. L'exemple vient de la répondante R5 qui affirme avoir décliné plusieurs invitations de la part de connaissances canadiens pour aller faire du ski ou du patinage par ce que ce sont des activités pour lesquelles elle n'avait aucun intérêt parce que ce n'est pas dans sa culture. Pourtant vu l'isolement dont elle se plaint ceci aurait pu être de bonnes occasions pour se distraire et tisser des liens. C'est une personne qui affirme être assez réservée, qui en plus affirme avoir déjà vécu des expériences décevantes dans ses interactions.

Parce que moi, je ne suis pas le genre de personne à aller foncer euh (...) quand je ne sais pas où je vais. Donc c'est comme je suis un tout

petit peu réservée, mais euh... mais euh... si par exemple je suis initiée, on m'invite, oui.

Plusieurs répondants reconnaissent que certains immigrants ne font pas assez d'effort pour aller vers les autres personnes ou vers les services mandatés pour les aider. Nous avons observé cette opinion dans les commentaires de des répondants R8, R16, R12, R11, R18 et R21. Ces répondants estiment que les immigrants doivent faire l'effort d'aller vers les autres, de s'ouvrir aux autres. « Il faut oser demander de l'aide » comme le dit la R16. Quand on n'est pas assez ouvert d'esprit, on n'ose pas aller vers les autres pour demander service, on risque de ne pas persévérer et de se rebiffer aux premiers refus que l'on va nécessairement rencontrer. Il est vrai que l'on peut rencontrer des gens peu disposés à aider pour diverses raisons, mais il y'en a beaucoup qui sont bien disposés à rendre service. Il faut souvent tisser des liens en dehors de sa communauté d'origine et sortir de sa communauté si on veut découvrir quelque chose de nouveau et d'intéressant.

Toutes ces idées sont retrouvées dans le témoignage de R16 concernant les conseils à donner pour une bonne intégration pour un nouvel arrivant. Elle en avait déjà fait les frais une année plus tôt dans une autre province. Elle estime qu'elle avait été trop fermée dans un passé assez récent. À Sudbury, elle reconnaît que son ouverture aux autres lui a été beaucoup utile.

Bin être ouvert, être ouvert d'esprit. En fait je me dis ça ne sert à rien de rester dans sa communauté, on peut avoir de l'aide de n'importe qui. Qu'on soit blanc, jaune ou rouge, ce n'est pas ça le plus important. Le plus important c'est que quand tu t'ouvres aux gens, il va y avoir des personnes qui sont bien disposées dans la société, ils peuvent être mal disposés, mais y'en a beaucoup qui sont bien disposés et si tu restes seulement dans (...) dans ta coquille ou dans ta communauté, tu vas rater beaucoup d'occasions de t'épanouir. Bon moi j'ai expérimenté ça. Avec des immigrations quand même je vois ce que ça fait du bien de s'ouvrir, j'ai vu ce que ça fait de rester fermé, donc t'as plus d'opportunités quand tu t'ouvres à toutes les personnes d'origine

canadienne ou africaine (...) t'as plus d'opportunités que de rester enfermé dans ta coquille.

Ce passage montre que les « liens faibles » ont l'avantage de procurer des relations avec des individus d'origines très différentes, en dehors du groupe social intime, donnant ainsi accès à des informations et à des ressources inaccessibles par ailleurs (Granovetter, 1973).

Thème 8 : Les attitudes de la population d'accueil

Certaines expériences malheureuses peuvent nuire à la qualité des futures interactions. À travers notre échantillon 10 répondants (R1, R2, R5, R7, R9, R12, R14, R18, R19, R21) nous ont parlé des différentes formes d'exclusion que rencontrent les immigrants dans les différents secteurs de leur vie (logement, travail, santé, éducations, activités quotidiennes de la vie). Les émotions négatives peuvent par la suite parasiter les interactions avec les individus ou les institutions. Parlant de leur propre expérience, comme le sentiment d'avoir été humilié, ou d'être injustement traité du fait de sa différence, comme les répondants R2 et R5 lors d'une consultation médicale ou pendant un magasinage (R19) ou au service (R14, R19) ou pour le logement (R7) peut entraîner un manque de confiance et de la méfiance dans ses interactions avec les autres et entretenir le cycle de la solitude. Le témoignage le plus frappant est celui du répondant R2 très méfiant lors de notre entrevue, et qui estime avoir été humilié et maltraité lors d'une consultation médicale suite à ses blessures d'un accident de voiture.

(...) quand j'étais dans une autre ville j'avais eu un accident de voiture, et j'étais allé voir un médecin, il m'avait humilié. Il m'avait fait me déshabiller complètement, me faire faire des mouvements tout, tout, tout (...) Et il m'insultait. Il disait que moi, je mentais, que l'accident n'a pas d'effets sur mon corps. Or que quelqu'un m'a cogné par derrière. J'avais eu choc sur le cou (...) Il m'avait humilié, que moi je mens, que je suis venu au Canada, je ne veux pas travailler, que j'ai un accident de voiture et que je fais semblant (....) Si c'était aujourd'hui j'allais l'amener à la justice (...).

Deux notions ressortent de ce témoignage. Le répondant est victime d'une hostilité de la personne qui était supposée le traiter sans préjugés selon le code déontologique de ce métier. Cette personne en qui il était supposé donner sa confiance pour soulager sa souffrance est celle-là même qui a un comportement raciste à son égard. La deuxième notion qui ressort est que le répondant n'était pas en mesure de faire valoir ses droits à cette époque. Soit il ne connaissait pas ses droits, ou même s'il les connaissait il ne savait pas comment procéder pour les faire valoir.

5.4 Résumé

Le capital social est le réseau constitué par les membres de la famille, les amis, les connaissances, les institutions et les bénéfices personnels que l'on peut en tirer pour les besoins de la vie quotidienne. Au sein de notre échantillon nous observons que ce réseau comporte plusieurs faiblesses. Au niveau de la famille, la séparation des membres (une partie étant restée en Afrique ou vivant hors de Sudbury) est chose fréquente. Sur l'ensemble de nos répondants, douze personnes n'ont aucun parent ni au Canada ni à Sudbury. Même ceux qui étaient mariés seulement la moitié vit avec toute la famille à Sudbury. Dans le cercle plus large constitué des amis et connaissances, quatre situations différentes sont observées : ceux qui n'ont pas d'amis, ceux qui ont de bonnes relations avec les amis, ceux qui ont eu de mauvaises interactions avec les amis (qui développent désormais une certaine méfiance) et ceux qui subissent une mauvaise influence. Ceux qui ont développé une méfiance ont souvent été déçus par les caractéristiques des relations d'amitiés (peu sincères, trop superficielles, guidées par des intérêts ponctuels et immédiats). Les groupes d'appartenances sont plus souvent à caractère religieux (église, mosquée) ou sportif. Mais un nombre non négligeable, près de la moitié, pour des raisons diverses, n'adhère à aucun de ces groupes. L'accès et l'utilisation des services comportent des difficultés supplémentaires pour les immigrants. Une méconnaissance des règles de l'accès à la garderie et à l'aide sociale, des horaires du bus diminue les déplacements et par là l'occasion de rencontrer d'autres personnes. L'accès au logement comporte également des difficultés pour les immigrants parce qu'ils ignorent les lois qui régissent le loyer et l'achat de maison. Le déphasage lié à l'accès à l'Internet et l'informatisation général des tâches de la vie quotidienne peut aussi

constituer un obstacle. La non reconnaissance des diplômes et des expériences acquises hors Canada constituent un obstacle à l'accès à l'emploi surtout pour ceux qui arrivent avec un diplôme d'études supérieures et ayant une expérience professionnelle. La méconnaissance du système canadien des affaires augmente le risque d'échec dans les entreprises privées. La non maîtrise de l'anglais limite les interactions, et diminue les chances d'avoir un bon emploi. Pour diverses raisons, bon nombre d'immigrants ne sortent pas de leur groupe social pour avoir plus accès à des informations et aux ressources de la communauté. Ils restent enfermés dans leur groupe social et ne profitent pas assez des forces des « liens faibles ». Les attitudes négatives de la population d'accueil comme le racisme ont parfois des effets néfastes sur les futures interactions des immigrants et leurs accès aux ressources. Des immigrants ont vécu des expériences malheureuses notamment différentes formes d'exclusion dans les différents secteurs de leur vie (logement, travail, santé, éducation, activités quotidiennes de la vie) qui peuvent diminuer la confiance et nuire à la qualité des futures relations avec la communauté d'accueil ou avec les institutions.

CHAPITRE 6

RÉSULTATS SUR LE CAPITAL SOCIAL ET L'ÉTAT DE SANTÉ DES IMMIGRANTS

Dans le présent chapitre, nous allons montrer comment les obstacles que nous avons relevés plus haut ont pu influencer négativement la perception de leur état de santé. En d'autres termes, comment un mauvais soutien social contribue à un mauvais état de santé particulièrement chez les immigrants. Dans un premier temps nous allons tenter de voir comment les répondants apprécient leur état de santé. Pour ce faire, nous avons regroupé ces témoignages selon leur appréciation bonne ou mauvaise ou intermédiaire. Ensuite nous allons décrire brièvement le capital social de chaque groupe. Enfin nous allons établir la relation entre l'état de santé et le capital social à l'aide d'exemples, de citations tirées de nos verbatim. Plus précisément nous allons montrer comment par exemple le contexte de l'immigration, la situation de la famille, les amis les groupes d'appartenance, les institutions chargées de soutenir les immigrants dans leur intégration, les autres services, peuvent avoir une influence négative sur la santé.

6.1 L'autoévaluation de l'état de santé

L'autoévaluation de la santé a une «composante normative qui englobe l'esprit et le corps» (Margot, 2001 :56). Une personne qui évalue sa santé tient compte d'un « large éventail de facteurs qui ne sont pas tous décelés facilement par les professionnels de la santé» (Margot, 2001 :56). Plusieurs auteurs reconnaissent qu'il existe des limites dans l'autoévaluation de la santé qu'elle soit physique ou mentale, cette situation est due au manque d'objectivité, aux différences culturelles dans la perception et l'acceptabilité de déclarer un mauvais état de santé. Cependant sa pertinence ne fait pas de doute selon l'organisme Emploi et Développement social Canada (2013).

L'indicateur auto-évaluation de la santé mesure l'opinion des personnes sur leur santé générale. L'auto-évaluation de la santé est un indicateur utilisé pour déterminer l'état de santé réel et complète l'information

fournie par d'autres indicateurs de l'état de santé en tenant compte de facteurs telles la maladie et sa gravité. (Emploi et Développement social Canada, 2013).

La perception ou l'autoévaluation de la santé constitue donc un indicateur important de l'état de santé de la population, car elle reflète l'appréciation globale que l'individu fasse de son propre état de santé en intégrant ses connaissances et son expérience de la santé ou de la maladie. Plusieurs études montrent que la perception de l'état de santé est associée non seulement à la morbidité déclarée, sous forme de symptômes ou de maladies aiguës ou chroniques, mais également à la morbidité diagnostiquée. La perception de l'état de santé a aussi été reliée aux mesures d'incapacité fonctionnelle et de limitation des activités. De plus la perception ou l'autoévaluation de la santé est reconnue comme étant un bon prédicteur de la mortalité. En l'absence d'une variété d'indicateurs de santé, l'autoévaluation revêt une importance particulière. Elle constitue, en quelque sorte, un indicateur privilégié pour l'analyse de l'état de santé de la population selon ses caractéristiques démographiques et socioéconomiques, souligne Santé Canada.

6.2 Le capital social et l'état de santé des immigrants

Pour montrer la relation entre le capital social nous avons procédé en plusieurs étapes :

Une analyse croisée entre du capital social et l'appréciation de la santé permet de déterminer par variable, la proportion de ceux qui ont une mauvaise appréciation de leur santé tel que décrit au tableau III.

Tableau IV : capital social (variables) et appréciation de l'état de santé

	Appréciation de l'état de santé				
	Mauvaise	Problèmes temporaires ou Bonne	Total	% Mauvaise	% Problèmes temporaires ou Bonne
Catégorie d'immigration					
Indépendant	2	7	9	22,2	77,8
Regroupement familial	1	8	9	11,1	88,9
Réfugié	3	1	4	75,0	25,0
Age					
20-30 ans	1	5	6	16,7	83,3
31-40 ans	3	6	9	33,3	66,7
41-50 ans	2	5	7	28,6	71,4
Situation Matrimoniale					
Marié	2	8	10	20,0	80,0
Célibataire	3	8	11	27,3	72,7
Divorcé	1	0	1	100,0	0,0
Sexe					
Femme	4	9	13	30,8	69,2
Homme	2	7	9	22,2	77,8
Parents au Canada					
oui	3	11	14	21,4	78,6
Non	3	5	8	37,5	62,5
Arrivée au Canada					
Moins de 5 ans	2	13	15	13,3	86,7
5 ans ou plus	4	5	9	44,4	55,6
Vit avec toute la famille à Sudbury					
oui	0	7	7	0,0	100,0
Non	6	9	15	40,0	60,0
Fréquente des amis					
Oui	1	14	15	6,7	93,3
Non	5	2	7	71,4	28,6
Fréquente groupes associatifs					
Oui	0	14	14	0,0	100,0

Non	6	2	8	75,0	25,0
Maitrise de l'anglais					
Oui	3	5	8	37,5	62,5
Non	3	11	14	21,4	78,6
Niveau d'éducation					
universitaire	6	15	21	28,6	71,4
Secondaire	0	1	1	0,0	100,0
Religion					
Chrétien	4	12	16	25,0	75,0
Musulman	2	4	6	33,3	66,7
Étudiant					
Oui	3	9	12	25,0	75,0
Non	3	7	10	30,0	70,0
Emploi					
Temps plein	2	2	4	50,0	50,0
temps partiel	2	5	7	28,6	71,4
Sans emploi	2	9	11	18,2	81,8

Ce tableau montre que c'est parmi les réfugiés que la proportion est la plus forte. Les 31-40 ans, les divorcés, les femmes, ceux qui n'ont pas de parents au Canada, ceux qui ne vivent pas avec toute leur famille à Sudbury, ceux qui sont arrivés au Canada il y a plus de 5 ans, ceux qui ne fréquentent pas d'amis ou qui ne participent pas à des groupes associatifs.

Dans un second temps nous avons fait la relation entre le capital social selon le codage et l'appréciation de la santé. Les répondants ont été répartis en 3 groupes comme l'indique le tableau V.

Tableau V: Capital social et appréciation de l'état de santé

		Capital social	
		Mauvais (score)	Bon ou moyen (score)
Appréciation de l'état de santé	Mauvaise (Groupe 1)	R2 (7), R5 (6) R18 (12), R19 (8) R20 (11), R22 (10)	
	Problèmes momentanés (Groupe 2)		R1 (14), R7 (14) R8 (18), R14 (17) R16 (20), R17 (16) R21 (18)
	Bonne (Groupe 3)		R3 (18), R4 (17) R6 (18), R9 (19) R10 (18), R11 (18) R12 (22), R13 (18)) R15 (21)

Le groupe 1 se compose de ceux qui avaient une mauvaise appréciation de leur état de santé et qui se plaignaient de divers problèmes relatifs à leur état de santé physique et mental. Les répondants étaient au nombre de 6 et ils s'appelaient R2, R5, R18, R19, R20 et R22. Ce groupe correspond à ceux qui ont un mauvais capital social. Le groupe 2 se compose de ceux qui dans le passé ont connu des problèmes relatifs à leur état de santé physique et mental et pour qui tout semblait être rentré dans l'ordre par la suite. Ce groupe de 7 personnes est constitué des répondants R1, R7, R8, R14, R16, R17 et R21. Quant au groupe 3, il était composé de ceux qui avaient une bonne appréciation

de leur état de santé. Ils étaient au nombre de 9 (R3, R4, R6, R9, R10, R11, R12, R13 et R15).

Une analyse par profil de chaque groupe montre :

Le groupe 1 qui avait une mauvaise appréciation de la santé était composé de 4 femmes (66,7%) et 2 hommes (33,3%). Pour ce qui est de l'âge, il y avait une personne entre 20 et 30 ans (16,7%), 3 personnes entre 30 et 40 ans (50%) et 2 personnes entre 40 et 50 ans (33,3%). Quant à la catégorie, la moitié (50%) personnes étaient des réfugiés, 2 (33,3%) des indépendants et une était du regroupement familial (16,7%). Ceux qui étaient arrivés entre 2003 et 2008 (plus de 5 ans) étaient le double de ceux arrivés après 2008 (moins de 5 ans). Concernant le statut matrimonial, le tiers des répondants étaient mariés (la famille entière n'était pas encore réunie au Canada), la moitié était constitué de célibataires et une personne était divorcée. Les deux tiers n'avaient aucun parents au Canada et l'autre tiers vivait avec une partie de la famille (un enfant). Aucun n'avait des amis ni ne participait à une quelconque association. La moitié de ce groupe avait une excellente maîtrise de l'anglais. Quatre personnes étaient chrétiens et 2 étaient de religion musulmane. Il y avait 3 étudiants (dont 2 avaient un emploi à temps partiel) et parmi les non étudiants, 2 personnes (2 femmes) avaient un emploi à temps plein et un homme était sans emploi.

Les caractéristiques qui apparaissent au premier plan dans ce groupe sont l'absence de la famille, l'absence d'amis, le non fréquentation d'associations. Toutes ces caractéristiques concernent l'ensemble du groupe. Ensuite dans une moindre mesure viennent le statut de réfugié, le sexe féminin, le séjour au Canada (arrivé il y a plus de 5 ans), le statut matrimonial (célibataire, divorcé), la situation de l'emploi (sans emploi ou emploi à temps partiel).

Groupe 1: ceux qui ont une mauvaise appréciation de leur état de santé

Tableau VI: description du groupe 1

Répondant	Âge	sexe	Catégorie	Arrivée Canada	Statut matrimonial	Parents au Canada	Famille à	Amis Sudb	Anglais	Français	Religion	Association	Étudiant?	Emploi	Problème signalé
R2	31-40	H	Ind	2003	Célib	Non	Non	Non	B	E	C	Non	Oui	Temps partiel	Maladie de peau, douleurs au cou, dépression
R5	31-40	F	Ind	2007	Célib	Non	Non	Non	E	E	Mu	Non	Oui	Non	Douleurs à la cheville, chute avec perte de connaissance, dépression
R18	31-40	F	Reg	2003	Divorcée	Oui	Enfants	Non	E	E	Mu	Non		Plein temps	Douleurs chroniques au genou, dépression
R19	41-50	F	Ref	2009	Célib	Non	Non	Non	E	E	C	Non		Plein temps	Hypertension, arthrite, dépression
R20	41-50	H	Ref	2007	Marié	Oui	Enfant	Oui	B	E	C	Non		Sans emploi	Douleurs au dos, problèmes digestifs, dépression
R22	20-30	F	Ref	2010	Marié	Oui	Non	Non	B	E	C	Non	Oui	Temps partiel	Douleurs au dos, prise de poids, dépression

Légende

H: Homme

F: Femme

Reg: Catégorie regroupement familiale

E: Excellent

Célib: Célibataire

C: Chrétien

Ind: Catégorie indépendante

B: Bonne

Mu: Musulman

Ref: Catégorie réfugiée

M: Moyen

Étant donné que notre analyse est de type qualitatif, nous allons voir plus en profondeur les répondants du groupe pour faire ressortir les points essentiels qui les caractérisent. Le répondant 2 (R2) est un homme d'environ 30 ans de la catégorie indépendante. Il est arrivé au Canada il y a plus de 5 ans, est célibataire sans enfants sans parents au Canada et vit seul à Sudbury. Il est étudiant avec un emploi à temps partiel. Il n'a pas d'amis à Sudbury et ne participe à aucune association. Il a souffert de douleurs au cou de suite d'accident de la circulation et se plaint de dépression et de maladie de la peau que le médecin soignant a reliée au stress

Le répondant 5 (R5) est une femme d'une quarantaine d'années de la catégorie indépendante. Elle est arrivée au Canada en 2007, célibataire sans enfants, sans parents au Canada et vit seule à Sudbury. Elle est musulmane pratiquante, mais n'a pas d'amis à Sudbury et ne participe à aucune association. C'est une étudiante à plein temps. Elle se plaint de dépression et de diverses douleurs chroniques avec un épisode de chute avec perte de connaissance. La Répondante 18 (R18) est une femme de la trentaine de la catégorie regroupement familiale. Elle est arrivée au Canada en 2003, elle a été mariée, mais est actuellement divorcée et vit seule avec son enfant. Elle a un emploi à temps plein et se plaint de douleurs chroniques (arthrite du genou) et de la solitude. La répondante R19 est une réfugiée de cinquante ans. Elle est célibataire et a un enfant qui est resté dans son pays d'origine. Elle est arrivée au Canada en 2009. Elle est sans parents au Canada et vit seule à Sudbury. Elle n'a pas d'amis à Sudbury et ne participe à aucune association. Elle a un emploi à plein temps, souffre d'hypertension artérielle, d'arthrite et de dépression. Le répondant 20 R20 est réfugié au Canada depuis 2007. Venu seul au début il a réussi à faire venir ses enfants avec lesquels il vit à Sudbury. L'épouse est toujours en Afrique dans un autre pays voisin. Il a des amis et fréquente l'église. Après ses études il s'est retrouvé sans emploi. Il se plaint de douleurs chroniques au dos, aux doigts, de calculs biliaires et de dépression. La répondante R22 est une réfugiée de la trentaine, arrivée en 2010. Le mari étant toujours en Afrique elle vit seule, car elle n'a pas d'enfant, pas d'amis et ne participe à aucun groupe. Elle est étudiante avec un emploi à temps partiel. Son problème est le désir ardent d'avoir un enfant en plus elle souffre, de dépression de douleurs chroniques au dos et de prise de poids.

Groupe 2: ceux qui ont connu des problèmes momentanés de santé physique et mentale.

Le groupe 2 était composé de 42,9% de femmes (venues rejoindre leur mari) et de 57,1% d'hommes mariés (qui ont fait venir leurs épouses et les enfants par la suite). Toutes les tranches d'âges étaient représentées. 20-30 ans (1), 31-40 ans (2), 41-50 ans (4). La catégorie du regroupement familial était majoritaire (57,1%), suivi des indépendants représentaient (42,9%). Ceux qui étaient arrivés au Canada dans les 5 dernières années représentaient 71,4% et 28,6% étaient arrivés il y avait plus de 5 ans. La majorité était des mariés (85,7%), avait un parent au Canada (85,7%), vivait avec toute la famille à Sudbury (85,7%), avait des amis (71,4%), avait un niveau universitaire (85,7%). Tous fréquentaient des associations (100%), Il y avait 3 étudiants dont un ayant un emploi à temps partiel. Parmi ceux qui n'étaient pas aux études un avait un emploi à plein temps, 2 un emploi à temps partiel et un sans emploi. Les problèmes de santé qu'ils avaient connus étaient de l'ordre de la dépression dans des circonstances bien définies (trouver un logement, des traumatismes physiques), des problèmes de relations avec les services, la barrière linguistique, la prise en charge de la famille ou des parents restés au pays, la garderie des enfants, la non-déclaration de l'assurance parentale, le service social). Mais ces problèmes avaient été assez bien résolus.

Tableau VI: description du groupe 2

Répondant	Âge	sexe	Catég	Arrivée Canada Statut	matrimoni al	Parents au Canada Vit avec famille à Sudbury	Amis Sudb	Éducation	Anglais	Français	Religion	association	Étudiant?	Emploi	Problèmes signalés
R1	20 - 30	H	Ind	201 2	Célib	Non	Oui	Sup	E	E	M	Mosquée Soccer	Oui	Temps partiel	Logement, cheville, dépression
R7	41 - 50	H	Ind	201 1	Marié	Oui	Oui	Sup	M	E	C	Église		Temps partiel	Famille restée au pays, Logement, internet
R8	41 - 50	H	Ind	201 1	Marié	Oui	Non	Sup	M	E	C	Église		Temps partiel	Service social, garderie, assurance
R14	41 - 50	F	Reg	200 3	Marié	Oui	Oui	Sup	M	E	M	Non Mosquée		Plein temps	Problème de nerfs, intégration dans le service, Garde des enfants
R16	31 - 40	F	Reg	201 1	Marié	Oui	Oui	Sup	M	E	C	Église	Oui	Non	Communication, dépression, conjoint vivant dans une autre ville
R17	31 - 40	F	Reg	201 1	Marié	Oui	Non	Secondaire	M V	E	C	Église	Oui	Non	Communication,
R21	41 - 50	H	Réf	200 6	Marié	Oui	Oui	Sup	M	E	C	Église		Sans emploi	Logement, famille restée au pays

Légende

H: Homme

F: Femme

Reg: Catégorie
regroupement
familiale

E: Excellent

Célib: Célibataire

C: Chrétien

Ind: Catégorie
indépendante

B: Bonne

Sup : Supérieure

Mu: Musulman

Ref: Catégorie
réfugiée

M: Moyen

Les caractéristiques qui prédominent dans ce groupe sont : être venue rejoindre le mari (pour les femmes), avoir fait venir sa famille (pour les hommes), être arrivé il y a moins

de 5 ans, être marié, avoir un parent au Canada, vivre avec toute la famille à Sudbury, avoir des amis, fréquenter les associations.

Groupe 3: ceux ayant une bonne appréciation de leur état de santé

Le groupe 3 était composé de 6 femmes et de 3 hommes. Toutes les tranches d'âge étaient représentées : 20-30 ans (4), 31-40 ans (4) et 41-50 ans (1). Pour ce qui est de la catégorie d'immigration, 4 étaient des indépendants et 4 du regroupement familial. Six répondants étaient arrivés au Canada dans les 5 dernières années et 3 étaient arrivés il y avait plus de 5 ans. Sur le plan familial, il y avait 7 célibataires, 2 mariés. Cinq personnes avaient leurs parents au Canada et 7 ne vivaient pas avec leur famille à Sudbury. Six répondants sur les 9 étaient affiliés à des associations mais tous avaient déjà un niveau universitaire, fréquentaient des amis et des institutions religieuses (église, mosquée). Cinq répondants avaient une bonne maîtrise de l'anglais. Il y avait 6 étudiants dont un avait un emploi à temps partiel. Parmi les 3 qui n'étaient pas aux études, deux avaient un emploi (un avait un emploi à plein temps et un autre avait un emploi à temps partiel) et un était sans emploi.

Tableau VII: description du groupe 3

Répondant	Âge	sexe	Catégorie	Arrivée Canada	Statut matrimonial	Parents vivant au Canada	Vit avec famille à Sudbury	Amis à Sudbury	Éducation	Anglais	Français	Religion	association	Étudiant?	Emploi
R3	31-40	H	Ind	2011	Célib	Non	Non	Oui	Sup	B	E	M	Mosquée	Oui	TP
R4	31-40	F	Ind	2011	Célib	Non	Non	Oui	Sup	M	E	C	Église		
R6	31-40	F	Ind	2010	Célib	Non	Non	Oui	Sup	B	E	M	Non		TP
R9	41-50	H	Ind	2012	Marié	Non	Non	Oui	Sup	B	E	C	Église Soccer	Oui	
R10	21-30	H	Reg	2009	Célib	Oui	Non	Oui	Sup	M	E	C	Soccer	Oui	
R11	21-30	F	Reg	2008	Célib	Oui	Non	Oui	Sup	B	E	C		Oui	
R12	21-30	F	Reg	2008	Célib	Oui	Oui	Oui	Sup	E	E	C	Église	Oui	
R13	21-30	F	Reg	2012	Célib	Oui	Non	Oui	Sup	M	E	C		Oui	
R15	31-40	F	Reg	2005	Marié	Oui	Oui	Oui	Sup	P	E	C	Église		Plein temps

Légende

H: Homme

F: Femme

Reg: Catégorie regroupement familiale

E: Excellent

Célib: Célibataire

C: Chrétien

Ind: Catégorie indépendante

B: Bonne

TP : Temps Partiel

Mu: Musulman

Ref: Catégorie réfugiée

M: Moyen

Les caractéristiques qui prédominent dans ce groupe sont : avoir des amis, être arrivé il y a moins de 5 ans, le jeune âge, les études, être célibataire, vivre avec toute la famille à Sudbury, avoir des amis, fréquenter des associations ou des institutions religieuses.

6.3 Thème 1 : Les stress et malaises liés à l'absence de capital social

Les conditions de l'immigration peuvent être un facteur de stress qui explique pourquoi certains immigrants ont une mauvaise appréciation de leur état de santé. Les immigrants viennent pour améliorer leurs conditions économiques, pour fuir la guerre dans leur pays d'origine ou pour rejoindre les membres de leur famille. Dans notre étude, les réfugiés qui connaissent dans les pays d'origine des troubles politiques associés à l'insécurité ont vécu transitoirement dans d'autres pays avant de venir au Canada. C'est dire que ce n'est pas une immigration qui a été préparée comme il se doit. Ils arrivent dans un contexte où ils sont sous le stress des traumatismes vécus pendant cette période pré migratoire. Le cas de cette répondante réfugiée R22 est illustratif.

«J'ai quitté mon pays, j'étais toute jeune, en 1994 pendant le génocide qui se passait au Rwanda. Moi et ma famille, nous avons quitté le pays, nous n'avons pas pu retourner après la guerre et jusqu'à présent. Pendant qu'on était en exil d'un pays à l'autre, on a pu s'installer au Kenya pour quelques années puis une partie de ma famille s'est rendue au Canada, moi et ma sœur nous sommes restées en Tanzanie pour quelque trois ans et puis après on est venu au Canada».

Pour cette répondante, les circonstances qui entourent l'immigration, notamment la guerre, le déplacement dans un autre pays, la dispersion de la famille limitent les soutiens psychologiques et matériels dont elle aurait pu bénéficier.

Il y a aussi les immigrants indépendants qui proviennent de pays en guerre. La décision de venir peut avoir été accélérée par la situation politique du pays. C'est le cas de ces 2 immigrants indépendants (R7, R8) qui ne sont pas venus en tant que réfugiés, mais les troubles au pays ont précipité leur départ. Un des deux, le répondant R8 affirme qu'il avait entamé le processus d'immigration, après avoir obtenu le visa en fin 2010, mais il voulait attendre quelques mois pour mieux se préparer à venir. Avec la crise qui a éclaté dans son pays à la fin de 2010, il a dû précipiter sa date de départ et venir plus tôt au Canada. Il est venu en plein hiver avec toute sa famille sans avoir eu le temps de régler ses affaires personnelles.

Pour ceux qui viennent pour des raisons économiques les attentes sont élevées et quand ils se rendent compte des difficultés, que sans diplômes canadiens ils auront de la difficulté à avoir un bon emploi, ils ont le sentiment d'avoir reculé par rapport à leurs camarades restés au pays. Le dilemme du retour, présent chez les indépendants aussi bien que les réfugiés, apparaît aussi bien dans les témoignages des répondants R9 et R21. Le R9 affirme avoir connu des compatriotes qui ont vendu tous leurs biens avant de venir au Canada. Une fois arrivés, ils ont vu que les conditions ne leur convenaient pas. Ils devaient se contenter de petits boulots, ou retourner aux études ou changer de carrière. Certains n'ont pas pu supporter et sont retournés au pays. Ce retour au pays ne garantit cependant pas d'avoir un bon emploi ou au moins ce que l'on occupait. C'est pourquoi pour d'autres il n'est pas question de retour au pays. Le dilemme lié au retour au pays est source de stress parce le fait qu'on n'a pas encore réussi économiquement engendre un sentiment de honte (rentrer est un aveu d'échec R12) et de culpabilité surtout si on n'arrive pas à subvenir aux besoins financiers des parents qui avaient placé en l'immigrant beaucoup d'espoirs.

À ce propos le témoignage du répondant R21 est révélateur. Il est arrivé en 2006 sans sa famille. Il pensait faire venir sa femme et les enfants aussitôt qu'il serait au Canada. Mais il était confronté aux emplois intermittents et ne pouvait pas subvenir aux besoins financiers de sa famille :

(...) tu laisses une famille là-bas, tu leur dis : dès que tu arrives, dès que la situation est bonne, je vous fais venir, et maintenant tu arrives la situation n'est pas bonne. Eux là-bas souvent ils ne croient pas que la situation n'est pas bonne, ils croient que tout marche bien. Et toi, tu viens ça n'a pas marché et le téléphone sonne toujours. Et toi-même quand on te dit que les enfants que tu as laissés, personne n'est à l'école. Ils n'étudient pas. (...) le téléphone sonne: depuis que tu es parti, les enfants sont là, on a chassé les enfants, on n'a pas payé les frais scolaires, on appelle pour ceci pour cela (...) Tu te culpabilises quelque part: ah j'aurais dû rester. Et souvent quand on vient ici, ce n'est pas parce qu'on n'avait pas d'emploi. Souvent on a des postes

bien là-bas, mais on se dit en Afrique on ne connaît pas l'avenir. On va aller pour assurer un avenir meilleur pour les enfants. Et quand on arrive ici, ce n'est pas normalement ce qu'on croit. (...) La santé peut en pâtir quoi! Tu peux avoir des problèmes, tu raisonnes, tu raisonnes sans fin. Quelqu'un peut avoir des problèmes au niveau mental.

On voit que ce répondant désillusionné face aux réalités rencontrées se culpabilise et à certains moments il en vient même à regretter son départ. À cela s'ajoute le fait qu'il n'arrive pas à apporter le soutien financier tant attendu par la famille qui d'ailleurs ne comprend pas la situation dans laquelle il se trouvait. Il affirme que c'était difficile de se faire comprendre par ce que certaines de ces connaissances lui disaient « ce n'était pas bon (l'immigration), pourquoi toi tu ne rentres pas?... ».

6.3 Thème 2 : Les problèmes familiaux et santé

La famille joue un rôle important pour faire face aux exigences de la nouvelle situation qu'est l'immigration. La famille constitue un facteur de résilience parce qu'on peut y trouver le soutien, le support moral ou financier ou physique nécessaire pour affronter de nombreuses difficultés de vie. Les immigrants africains pour qui la famille est large continuent d'entretenir des relations étroites avec les parents restés au pays. On peut donc comprendre que ceux qui ne vivent pas avec leur famille soient soumis à un grand stress. Dans notre échantillon 12 personnes vivaient seules à Sudbury.

La répondante R18 mère monoparentale vit seule avec son enfant. Elle affirme qu'une fois à la maison elle n'a pas quelqu'un avec qui interagir. Elle réserve exclusivement les weekends pour s'occuper de son enfant. De ce fait, elle est obligée de limiter ses sorties et rencontres des nouvelles connaissances. En plus elle souffre d'une arthrite du genou, pour laquelle le médecin lui a conseillé le repos. Mais elle ne peut pas se le permettre, car c'est elle seule qui doit s'occuper de toutes les tâches à la maison. Elle doit faire seule la vaisselle, l'épicerie, le ménage, la cuisine, les soins à l'enfant. Si elle était avec quelqu'un, elle aurait pu prendre un peu de repos. Un soutien dans la famille lui aurait sans doute permis de se décharger de plusieurs tâches, de mieux se reposer, de suivre les conseils du médecin pour soulager son genou et peut-être de recevoir ou de rendre visite à des amis.

Le stress pour la famille laissée derrière peut être dû au fait qu'on a de la difficulté à subvenir à leurs besoins financiers. Le fait que l'on dépense plus quand la famille n'est pas réunie a été soulevé par les répondants (R7, R20, R21). Cette situation concerne aussi ceux qui ont leur famille au Canada et qui ne vivent pas dans la même ville. Ces dépenses supplémentaires sont source de stress surtout quand on n'a pas un revenu substantiel. Le cas du répondant R8 est illustratif. Il avait laissé toute sa famille dans une autre ville pour venir faire sa formation universitaire à Sudbury. Il avait comme seule source de revenu, le prêt fait aux étudiants. C'est avec ce prêt qu'il devait payer son loyer ici, sa nourriture, et les autres factures et en faire de même pour sa famille qui ne vivait pas avec lui à Sudbury.

L'année passée, j'ai étudié ici. Pendant que j'étudiais ici, moi je devais payer l'appartement ici, mais je devais aussi payer l'appartement à Montréal, ça fait déjà double loyer (...) Alors et puis moi je mange ici! Eux ils mangent là-bas! Il faut payer! Je dois payer pour ici, je dois payer pour là-bas.

À ce stress relatif à l'incapacité de subvenir aux besoins de la famille s'ajoute celui lié à la sécurité de la famille. Parmi nos répondants 2 qui sont venus sans leur conjoint (R20, R22) se trouvent dans cette situation. Le répondant R7, dont toute la famille est arrivée plus tard, a connu ce stress avant l'arrivée de sa famille.

Une autre raison de stress est de difficultés liées aux procédures de parrainage a permis de voir chez 2 répondants (R20, R22) des difficultés importantes. Le répondant R20 à Sudbury depuis 2007, affirme que le processus de parrainage de sa femme est bloqué et il doit se rendre en Afrique pour «arranger la situation». Le cas de la répondante R22 combine l'ensemble des situations suivantes à savoir : la solitude, les dépenses, les inquiétudes de sécurité de son mari resté en Afrique. Elle est réfugiée et vie seule. Dans un premier temps elle s'aperçoit qu'elle avance en âge et qu'elle n'a toujours pas d'enfant. Elle affirme avoir travaillé pour avoir les fonds nécessaires pour aller se marier avec son fiancé en Afrique. Le mariage a effectivement lieu il y a juste une année. Mais elle ne pouvait pas venir avec son mari parce que la procédure prend du temps et elle devait revenir pour ses études et son travail. Elle se dit qu'elle aurait souhaité avoir

un enfant, mais elle ne pouvait pas «s'aventurer et tomber enceinte du fait qu'elle n'est ni avec sa mère, ni avec sa belle-mère, ni avec sa belle-sœur» et qu'elle doit travailler et faire ses études. Le processus du parrainage est en cours, mais elle affirme que c'est un processus qu'elle ne contrôle pas. Elle travaille pour envoyer de l'argent à son mari et s'inquiète pour sa sécurité au pays. Elle affirme ne pas pouvoir «être à l'aise étant toute seule sachant que mon mari est là-bas», ce qui fait qu'elle cumule «le stress qui est permanent». Notre premier rendez avait été reporté dans un premier temps la veille parce que la répondante devait se rendre dans la salle d'urgence de l'hôpital. Quand nous lui avons demandé lors de l'interview ce qui s'était passé, elle a affirmé qu'elle avait eu des douleurs au dos. Et elle raconte :

Avant-hier j'étais trop stressée et puis je pense que c'est comme si ça s'est reflété au dos. C'est comme si la douleur a été projetée au dos. Ça m'a affectée tellement que jusqu'à présent je ne peux pas m'asseoir. Je le sens quand je m'assois comme ça. Je ne peux pas m'asseoir droitement.

La situation familiale de cette répondante se caractérise par l'isolement, la solitude, le sentiment d'impuissance, le désir d'enfant, les inquiétudes par rapport au conjoint resté au pays. Cette situation est tellement stressante qu'elle se traduit par des douleurs handicapantes au dos. Un autre fait que nous a révélé cette répondante avec un air et un sentiment de honte et de gêne face à une inquiétude relativement à sa prise de poids. Elle se plaint qu'elle a pris du poids.

(...) quand je suis stressée, je prends beaucoup de poids je ne peux pas faire le sport, je mange plus..., je ne peux pas contrôler ce que je mange. Je ne relaxe pas comme il faut. Je suis arrivée ici à Sudbury avec 88 (kilos). Malheureusement pendant le temps que je suis assise à Sudbury, ça fait presque 6 mois, j'ai déjà pris les 6 kilos (Rires).

Elle affirme qu'elle n'a pas toujours été ainsi. Le poids est important chez les femmes. Le récit de cette répondante met en évidence la relation entre stress et prise de poids plus fréquents chez les femmes. Pour lutter contre le stress engendré par la solitude, l'absence

du mari, elle a tendance à manger de manière incontrôlée. Cette situation entraîne une prise de poids qui à son tour renforce le stress.

Le processus de regroupement familial et la recherche de travail peuvent également poser un choix difficile pour certaines personnes. Le répondant R20 a dû renoncer à des emplois hors Sudbury parce qu'il devait parrainer des membres de sa famille:

Pour le moment, je suis encore en train de chercher du travail par ce que je ne travaille pas. Ce n'est pas facile encore d'en trouver alors (...) je suis en train de continuer de chercher. Je sais qu'il y a d'autres travaux que quelquefois on obtenait, cela me demandait de quitter Sudbury et aller ailleurs. Mais j'étais dans le processus de faire d'abord faire venir mes enfants, et un de mes frères qui devaient venir. Alors tous ces travaux ou me demandait de me déplacer j'avais laissé tomber parce que ça pouvait bouleverser toutes ces démarches. Je voulais d'abord terminer avec ces problèmes (parrainage). J'ai seulement sacrifié.

Il s'agit d'une situation embarrassante dans la mesure où ce répondant qui est à la recherche d'emploi a dû renoncer à des emplois hors Sudbury pour réussir à parrainer ses enfants.

Si la solitude est signalée par la majorité des répondants indépendants et les réfugiés, nous avons constaté qu'elle apparaît moins dans le discours de la catégorie du regroupement familial. Les situations plus extrêmes ont été relatées par 3 femmes. En plus de la répondante R22 dont le mari est en Afrique, la répondante 5 qui est célibataire sans enfant, vivant seule et la R19 également célibataire réfugiée vivante également seule, ont rapporté des événements critiques. La répondante R19 affirme avoir été du fait d'être «toujours enfermée entre 4 murs», victime d'une crise de tension qui l'a obligée à aller à la salle d'urgence de l'hôpital. La répondante R5 affirme avoir fait un jour une chute et est restée évanouie toute la nuit sans que personne ne lui soit venu lui porter secours :

(...) en plein milieu de la nuit, je me lève pour boire de l'eau et puis je perds connaissance. C'était un vendredi soir, j'ai perdu connaissance, je suis tombée dans la cuisine, je ne sais pas combien de temps je suis restée inconsciente, puis je me relève, puis là j'avais des bleus partout parce que je suis tombée sur quelque chose, et euh... et là c'est... c'est un gros point d'interrogation parce que (...) Là je me suis dit que supposons que ma tête a heurté quelque chose (...) puis je reste allongée là, c'était un vendredi soir donc mon directeur par exemple, il ne va pas se rendre compte qu'il y a quelque chose, parce qu'il ne va se rendre compte que le lundi si je ne suis pas au bureau. Donc ça aussi ce sont des choses qui font que le moral ne soit pas tout le temps en bonne santé, parce que je dois penser et gérer tout ça à la fois.

Ce témoignage est un cas concret qui montre le risque que peuvent courir les personnes qui vivent seules. Elle n'a aucun support à la maison, et ne peut bénéficier d'aucune assistance aussi bien physique que psychologique dans les moments difficiles. Quand il y a une urgence, ou un danger, il n'y a personne sur qui on peut compter. Ce sont des choses dont elle est consciente et renforce son anxiété.

En somme, la situation de la famille permet également de comprendre à quels stress et angoisses sont soumis certains immigrants. Bien souvent des immigrants arrivent seuls au Canada ou pour des raisons d'études ils doivent se séparer temporairement de la famille. Cette séparation de la famille est source de solitude. Beaucoup doivent réapprendre à vivre seuls. Ils sont souvent privés du soutien, soutien moral, physique de la famille et doivent se débrouiller seuls dans les tâches ménagères, l'éducation des enfants. Les soucis pour la sécurité physique et financière de la famille restée au pays ou ailleurs au Canada surtout si on n'a pas d'emploi peuvent être une source de stress et d'angoisse. Les longues procédures pour le regroupement familial peut donner lieu à des angoisses et à des choix difficiles voire à des renoncements.

6.4 Thème 3 : Différences de genre et capital social

Sur les 4 hommes célibataires (R1, R2, R3, R 10) un seul répondant R2 nous a répondu avoir eu un épisode de dermatose diagnostiqué comme étant le psoriasis. Le médecin lui avait dit que c'était une maladie liée au stress. Sur les 7 femmes célibataires (R4, R5, R6, R11, R12, R13, R19), 2 (R5, R19) nous ont témoigné que le manque d'interaction et la solitude étaient source de stress et préjudiciable à leur santé. Ces deux sont les plus âgées de leur groupe. La répondante R5 nous a raconté 2 événements significatifs relativement au capital social. Un jour elle s'est évanouie après une chute seule dans sa chambre et y a passé toute la nuit seule, une autre fois elle s'était fait une entorse à la cheville et n'a pas pu faire l'épicerie pendant 2 semaines.

Pour les 5 hommes mariés (R7, R8, R9, R20, R21), le stress était lié à l'emploi et le souci de pouvoir subvenir aux besoins de la famille et des parents restés au pays. Parmi les 5 femmes mariées (R14, R15, R16, R17, R22), le stress était présent chez 2 (R16, R22) lesquelles ne vivent pas avec leurs maris à Sudbury. Ce stress des femmes qui doivent s'occuper seules des enfants parce que le mari n'est pas là ou alors s'il est resté en Afrique a fait aussi l'objet d'une anecdote de la part de la part de la répondante R11. Le témoignage de la répondante R16 qui vit avec ses 2 enfants, montre le vide que peut laisser l'absence du mari sur la santé de la femme et de ses enfants.

Bien ça apporte la paix. Même rien que le fait qu'on soit ensemble avec les enfants, ils sont épanouis. Comment dire, quand ils font une bêtise, tu n'es plus seul pour les corriger, vous êtes deux pour pouvoir lui parler, l'assoir et lui parler pour pouvoir comprendre. Donc du point de vue de ses parents, ça apporte la stabilité dans le couple, dans le foyer. Les enfants sont plus en sécurité, ils ne sont pas perdus quand ils sont avec leurs parents, donc ça contribue eux aussi à leur santé, à une bonne santé.

L'influence de cette séparation peut aussi jouer sur la santé du mari. Dans son témoignage la répondante R16 ajoute à propos d'une longue séparation d'une année avec son mari :

On ne peut pas être en paix. Moi, avec mon mari, on a fait un an sans se voir. Quand je l'ai vu à l'aéroport il avait tellement maigri que ses propres enfants ne l'ont pas reconnu. Ils ne l'ont pas reconnu à l'aéroport ! ça voulait bien dire qu'il n'était pas bien. Il avait le travail, mais il n'était pas bien. C'est quand on est revenus et qu'on s'est retrouvés qu'il a recommencé à vivre, (...) à être en forme. Même sa peau était terne. Tu sentais qu'il y avait quelque chose qui n'allait pas. Donc là physiquement et puis moralement ça n'allait pas du tout. Quand ta famille est loin, tu ne peux pas être à l'aise. Tu peux avoir tout l'argent du monde, tout l'or du monde, quand tu n'es pas avec ta famille, tu ne seras jamais heureux.

La famille peut également être source de tension entre le mari et la femme, ou entre les enfants et les parents. Aucun de nos répondants n'a signalé un problème semblable au sein de sa famille. Cependant 3 répondantes (R11, R13 et R14) ont signalé avoir été témoin de situation semblables. Pour la répondante R14, la culture d'accueil modifie le rôle des hommes et des femmes. Elle change la dynamique des interactions et constitue une menace pour le foyer.

« Alors pour les femmes aussi qui ont l'habitude, qui vivent des situations comme des africaines, il y a des africaines (nous on a une autre culture, c'est de rester à la maison) alors arrivé ici, le mari veut continuer la même situation, beaucoup de femmes ont des problèmes psychologiques comme ça, elles ont des problèmes de santé parce qu'elles n'ont pas le droit de changer de façon de vivre, et si elles essaient de le faire, ça joue dans leur ménage (...) une femme qui vient fraîchement d'arriver de l'Afrique et qui voit que toutes les femmes ici sont, comme le système éducatif ici est accessible à tout le monde tu peux aller te faire une adaptation, tu peux aller t'inscrire au cours, prendre des cours, avoir des diplômes tout ça et essayer de trouver un travail. Euh ...le mari qui est habitué à te voir à la maison tous les jours, il vient et que sa femme n'est pas là, il peut y avoir des

problèmes. Il pense que la femme essaie de s'émanciper, de prendre une autre tendance, une autre direction que (...) c'est pas la direction que lui, il veut. Les femmes ont le problème de garder leur ménage, alors ça envoie beaucoup de dépressions, elles sont dépressives ».

Une autre répondante R13 est allée dans le même sens :

(...) dans les pays africains, les femmes ne travaillent pas. La femme, c'est le ménage, elle reste à la maison et le mari lui, part au travail, la femme s'occupe des enfants, et puis des tâches ménagères (...) arrivée ici la femme doit partir au travail et il arrive à des moments que le mari lui il ne travaille pas, la femme qui pense que c'est elle maintenant qui travaille, elle est alors le chef de la famille et puis le mari (...) peut la frapper. Ça peut arriver des mésententes à force que la femme pense qu'elle est le chef maintenant (...) Et parfois aussi ça tourne dans le sens inverse, (...) La femme ne veut pas partir au travail, et le mari la force de partir travailler parce que si les deux travaillent, ça va être moins difficile pour payer les factures. (...).

Pour la répondante R11, parfois certaines femmes d'origine africaine peuvent profiter du droit canadien pour faire appel à la police de manière abusive pour régler « des problèmes conjugaux mineurs ». L'intervention de la police peut aboutir à une séparation temporaire voire définitive des 2 conjoints. Cette séparation affectera toute la famille.

6.5 Thème 4 : Le réseau social et l'état de santé

Nous avons postulé que les personnes de notre réseau social pouvaient avoir une influence sur notre santé de plusieurs façons. Soit parce qu'on n'en a pas (donc on n'interagit pas on n'a pas le support on n'a pas certaines informations) soit on en a et les interactions sont bénéfiques (on interagit alors on a le support et on n'a les informations). Il y a aussi le cas où on a les interactions, mais elles sont négatives (mauvais exemples, mauvaises imitations, consommations de drogues illicites). La répondante R22 qui est dans la première situation affirme ne pas avoir d'amis et le stress qu'elle ressent elle « ne peut le partager avec personne ». Elle n'a pas le temps de participer aux rencontres et

manque d'informations, d'occasions de se faire des connaissances. Parmi les témoignages que nous avons collectés, trois répondants (R2, R5, R19) sont dans une situation où des mauvaises interactions avec les amis ou les connaissances ont entraîné la déception et le manque de confiance. La répondante R5 est au point qu'elle ne demande plus d'aide. Elle a un sentiment de rejet de dévalorisation. Quant à ce que cette situation a sur sa santé, elle répond :

(...) je dirais que cela (le manque d'amis) a commencé à vrai dire à avoir une influence assez importante sur ma santé par ce qu'à la longue on se sent seule, on se sent un tout petit peu mis à l'écart, peut être intentionnellement ou pas et puis ouf (...), ça affecte la santé certes oui, parce que la solitude, elle peut créer une dépression aussi (...) Donc on se dit que pourquoi les gens ne viennent pas vers nous. Pourquoi? Pourquoi, pourquoi?

(...) C'est comme je dis, se sentir seule c'est comme on est rejeté, on est mis à l'écart, ça ça affecte le moral et puis si ça affecte le moral, rien ne va, on ne mange pas, on n'étudie pas, on n'avance pas, on manque de concentration, puis je suis là pour étudier! Ça, c'est du temps perdu, mais en même temps pour remonter la pente, c'est pas aussi évident.

Dans ce témoignage le manque de capital social développe chez la répondante le sentiment de ne pas appartenir à cette communauté. Cette sensation de mise à l'écart est dévalorisante et stressante.

La répondante R19 vit aussi la même situation. Elle ne fait pas confiance aux amis elle a un sentiment de dévalorisation et de rejet. Ces émotions négatives ont une influence sur sa santé, car elle témoigne :

(...) c'est pas facile d'avoir vraiment des amis. (...) Des fois tu appelles, les gens ils te disent, je te rappelle, ils te rappellent jamais donc au bout de deux ou trois fois, tu ne vas pas continuer d'embêter les gens. Donc tu arrêtes et puis ton stress continu. (...) Tu te trouves délaissée, que tu sens seule (...) Parce que tu te dis : mais pourquoi je n'ai pas d'amis et

tu vois d'autres personnes, ils sont en couples, et toi tu te retrouves seule. Ça cause le stress. Mais moi personnellement, quand je suis stressée, j'ai des maux de tête, et puis ma tension s'élève.

Ces répondantes vivent cette situation permanente ou se mêlent méfiance envers les autres, un sentiment de frustration et de tristesse. Elles se sentent « mises à l'écart » (R5) ou « délaissées » (R19). Elles se culpabilisent et cette situation d'autoflagellation est vécue en même temps presque comme une humiliation et une honte pour des raisons qu'elles ne connaissent pas et face à laquelle elles sont d'ailleurs impuissantes.

En plus du manque de confiance une autre externalité du capital social apparaît. Avoir des amis n'a pas seulement que des avantages. Il y a aussi des inconvénients comme nous avons noté dans le témoignage de R20. Ce répondant est à la recherche d'emploi, il s'efforce de mettre un terme à sa consommation de bière, mais affirme que quand il se retrouve avec ses amis, il est entraîné à boire avec eux même si au cours de l'entretien il reconnaît que cette consommation d'alcool était nocive à sa santé et le faisait dépenser. C'est une personne qui se plaint de calculs biliaires, de douleurs au dos et aux doigts, mais qui ne peut s'empêcher de consommer de l'alcool quand il est avec ses amis. C'est ainsi qu'on peut aussi développer de mauvais comportements ou en être encouragé auprès des amis.

Au niveau des groupes d'appartenance, nous avons aussi observé un lien entre le fait de ne pas participer à aucune activité et la santé. En effet parmi les 5 répondants (R2, R5, R19, R20, R22) qui semblent être les plus dépressifs, aucun n'appartient à un groupe quelconque (Église, Mosquée, soccer, ressortissants). La participation à des rencontres de groupes (ici les rencontres sportives) était aussi à l'origine de quelques désagréments. Deux répondants (R1, R14) nous ont signalé des accidents. Le premier cas concerne le R1 qui se plaignait ce jour-là d'une entorse survenue au cours d'une séance de soccer avec le groupe, ce qui l'a poussé à abandonner cette activité. La seconde répondante R14 se plaignait de blocage de nerf survenu lors d'une séance de natation. Cet incident était survenu par ce qu'elle était obligée d'accompagner son enfant à la natation et à un moment donné on a demandé aux parents de venir dans la piscine pour aider les enfants.. Selon cette répondante, si elle était en Afrique elle n'aurait pas eu à accompagner son enfant à la natation. Il serait parti seul avec ses frères, cousins ou amis. Ici la famille est

nucléaire et il n'aurait pu l'accompagner son enfant en dehors d'elle-même. Et si elle n'avait pas été obligée d'accompagner son enfant, elle n'aurait pas eu cet incident.

Les difficultés qui résultent dans les interactions négatives avec la communauté peuvent diminuer le sentiment d'appartenance, une insuffisance du soutien social dans les activités quotidiennes de la vie. Elles peuvent constituer un obstacle pour obtenir des informations pertinentes ou de l'aide dans des situations critiques. Les interactions négatives avec les amis et connaissances développent chez certaines personnes la méfiance et la solitude. L'isolement qui en résulte peut être en lui-même un danger pour la santé de l'immigrant.

6.6 Thème 5: L'accès aux services

La maîtrise de la langue joue un rôle important dans le processus d'intégration. Elle occupe une place transversale et permet de comprendre et de se faire comprendre des nouveaux amis, des connaissances et aussi par le personnel qui offre le service dans les établissements. Les difficultés liées à la communication peuvent avoir une incidence négative sur la qualité du service offert et le degré de satisfaction du client (Hien, 2013). Des insatisfactions ou des incompréhensions répétées peuvent être des sources de stress.

Tous les répondants ont déjà entendu ou ont eu à faire aux services aidant les immigrants à s'établir et à faciliter leur intégration. La moitié de l'échantillon soit 11 personnes (R1, R3, R5, R19, R18, R21, R16, R4, R11, R12, R13) pense que ces services ne sont pas bien connus des immigrants. La méconnaissance de leur mandat, de leur pouvoir de décision ou des attentes irrationnelles non satisfaites sont souvent source de déception et de méfiance comme témoigne le répondant R3:

(...) pour moi toutes ces agences de travail et tout ça, pour moi ce n'est que de la foutaise. Les gens là-bas ils ont leur propre travail, ils s'en foutent éperdument (...) ce qui les intéresse plutôt c'est de remplir leurs statistiques et c'est tout. Y a pas autre chose, ils t'aident pas à trouver quelque chose là. (...) En plus, pour eux c'est juste ils te cassent la tête avec (...) on a besoin de remplir ce formulaire avec toi parce qu'eux ils ont besoin de statistiques et c'est tout. Et moi j'aimais pas ça, parce qu'à

la longue, on te donne un rendez-vous pour quoi? Tu reviens pour remplir ces données et c'est ça, mais ils s'en foutent de toi si tu as pas ton travail, c'est ce qui l'intéresse, c'est son travail c'est tout. Sincèrement, pour moi c'est de la foutaise, c'est tout.

Le sentiment de ne pas pouvoir bénéficier du support à quoi ce répondant s'attend est frustrant. Peu importe le bien-fondé de ce qu'il dit qu'il ait raison ou pas, le stress engendré par cette sensation de découragement peut avoir une influence sur la santé aussi bien physique que mentale. Un autre participant parlant des services d'intégration affirme:

J'étais allée dans des centres, ils m'ont dit des choses, mais personne n'a eu le courage de me dire : ici si tu veux apprendre un métier, il faut aller ici, si tu veux aller à l'école, il faut faire ça, il faut faire ça. NON, c'est des années et des années que ça m'a prise pour me retrouver même quand tu vas à l'interview, même pour négocier ton salaire. Personne ne m'a appris. Et comme je le dis, le stress psychologique et moral c'était tellement lourd. Des fois je passe des nuits sans dormir, plusieurs nuits sans dormir. Et je sais que la plupart des nouveaux arrivants ont ce problème. Et c'est des choses qui affectent la santé (...) Pleins de gens qui sont venus au même moment que moi, le fait de ne pas savoir comment le système fonctionne, certains actuellement, ils ont perdu le plomb. Certains sont devenus sans abris, certains ils ont foutu leur vie en l'air, certains sont en prison. Parce que c'était trop. Certains sont dans les drogues.

Pour ce répondant, pour certains immigrants le fait de ne pas bénéficier de l'assistance nécessaire notamment les astuces et les pièges à éviter dans cette société d'accueil a été un obstacle fatal à leur intégration. Ne pas avoir les bonnes informations sur comment le système fonctionne, l'immigration devient un échec. Le bilan sur la santé est lourd de conséquences.

Les autres services même s'ils ne sont pas reconnus formellement comme des services d'aide à l'établissement, leurs interactions avec les immigrants ont une influence

sur l'intégration et la santé mentale. Lors de nos interviews, nous savions que les répondants avaient vécu différentes expériences avec soit des individus dans la communauté ou le personnel des services sociaux et de santé. Les résultats de ces interactions sont souvent positifs. Cependant nous avons aussi noté des témoignages où ces interactions ont été négatives et ont été source de stress. Selon les témoignages les émotions ressenties lors de ces éléments sont diverses et se manifestent sous la forme de découragement, de sentiments d'humiliation, d'injustice ou de rejet.

Le premier cas est le témoignage du répondant (R8) dont on peut sentir avec raison le découragement devant le stress qu'il subissait. Étant sans emploi et sans argent, alors que sa «carte de crédit était passée au rouge» sa «marge de crédit avait explosé» et «endetté pour l'école» il s'était présenté à la garderie et au service social pour obtenir de l'aide qui lui a été refusée parce qu'il ne remplissait pas les conditions. Il se rendit alors compte qu'il ne pouvait plus avoir accès à aucune somme d'argent qui aurait pu l'aider. Sans apporter de jugement de valeur sur ces multiples refus, le répondant affirme que cette situation l'a mis dans des difficultés énormes alors qu'il n'avait personne sur qui compter.

Le second cas est le témoignage du répondant R7 dont la famille venait d'arriver. Alors qu'il était parti pour avoir des renseignements sur la carte de résidence on lui a «balancé» un site web et un numéro de téléphone. On imagine l'insatisfaction et la déception qu'a ressenties ce répondant même si on ne peut a priori rien reprocher à l'agent qui l'a servi. Sans doute l'agent a fait de son mieux, mais lui n'avait ni ordinateur ni internet et dans tous les cas il s'attendait à des informations plus concrètes et estimait n'être pas plus avancé que quand il était venu pour se renseigner pour la carte de résidence. Pour ce répondant cet événement survient dans un contexte où il venait à peine de finir sa formation en éducation. Il était à la recherche d'un emploi et n'arrivait pas à avoir une maison pour accueillir sa famille parce que justement on exigeait de lui une preuve d'emploi.

L'anxiété et la détresse se ressentent aussi dans le discours des répondantes R5 et de R22 quand elles parlent de leurs difficultés face aux horaires d'autobus. C'est une situation qui handicape leurs activités au point qu'elle en vient à se déplacer qu'au

minimum. Le répondant R1 à travers son témoignage se sent victime de racisme quand il est injustement traité par le propriétaire de la maison où il habitait :

Tout récemment où j'habitais avant j'avais eu des problèmes avec (...) le propriétaire de la maison (...) il m'a dit (...) que j'utilise trop d'électricité (...) ça m'a vexée. (...) Comme (...) je suis un noir, je vis avec d'autres gars, il ne leur a pas dit qu'eux ils consomment de l'électricité, pourquoi il vient me dire que je consomme trop d'électricité? ...Je ne suis pas à la maison chaque fois, je pars à l'école, je finis mes cours à 20h, je viens dormir et puis me réveille à 8h pour aller à l'école. Je ne dors pas avec la lumière, c'est rare que je mette le chauffage à la maison et puis il me dit que je consomme trop d'électricité. Pourtant il y a d'autres gens qui sont là, les deux autres personnes qui sont (toujours) là à la maison. Et il ne leur dit rien (...).

Le désarroi de la répondante R19 quand il se rend compte qu'elle n'a pas eu les bons conseils pour démarrer son entreprise, sa douleur et ses regrets quand elle a été obligée de fermer son entreprise. Plus haut, nous nous souvenons du témoignage du répondant R2. Son contact avec le médecin lors de son accident lui a laissé un souvenir amer. Il n'est pas près d'oublier, car lors de l'interview il a répété plusieurs fois que le médecin l'avait tellement humilié, si c'était aujourd'hui il allait l'amener à la justice. Il y a non seulement l'humiliation subie, mais une amertume qui ne s'est pas encore effacée avec le temps.

Trois autres répondants nous ont aussi rapporté avec une certaine amertume leurs «mésaventures» avec les compagnies téléphones dont ils ne sont pas près d'oublier de sitôt. Il s'agit des répondants R4, R3 et R 20 lorsqu'ils se sont rendus compte que les factures de téléphones étaient trop élevées et toutes les difficultés éprouvées pour les honorer. La répondante R11 dans son témoignage nous a confié que toute sa famille avait été très inquiète après la brûlure accidentelle de son petit frère. Cette inquiétude n'était pas seulement due aux plaies de la brûlure, mais surtout liée au risque que l'on retire la garde de son petit frère lorsque la police était venue faire des investigations et avait soumis les membres de la famille à un long interrogatoire. N'oublions pas que ce sont des

personnes qui se trouvent en terre étrangère au sein d'une autre culture dont les valeurs et les normes sont différentes de ce à quoi elles ont été habituées. Tout changement dans les situations qu'elles ont l'habitude d'affronter suscite un doute, de l'incertitude, de la crainte et de la peur comme dans la situation de ces répondants. La peur a des effets physiologiques, psychologiques et physiques qui peuvent s'avérer négatifs sur la santé. La famille de la Répondante R11 avait très peur non pas pour l'intégrité physique de l'enfant, mais plus pour l'intégrité de la cellule familiale en cas de retrait de l'enfant pour la garderie. Ne pas pouvoir honorer la facture (car ayant peu de ressources) et s'exposer de ce fait à des sanctions potentielles peut également engendrer une crainte légitime pour les répondants R4, R3 et R 20. À long terme cette peur d'une éventuelle sanction, associée à une situation fragilisée (peu de ressources financières, méconnaissances des lois, ses droits, des voies de recours, incapacité ou impossibilité à se défendre, statut d'étranger) devient une anxiété et peut aboutir sur une détresse

La non-maîtrise de l'anglais et les difficultés de communications qu'elle crée sont des sources de stress et d'incompréhensions. Pour certains immigrants, ne pas avoir comment les choses marchent ici peut être la source de déception et de frustrations entraînant du même coup une méfiance envers ces services qui offrent l'aide, les informations et les conseils aux nouveaux arrivants.

6.7 Thème 6 : L'accès à l'emploi et les attitudes de la population d'accueil.

Les obstacles liés aux diplômes et à l'emploi sont signalés par les R20, R9, R11, R 12 et R18... Mais lors de l'entretien, ceux qui se trouvaient dans cette situation étaient R20 et R9. Ces deux ont fait des études supérieures dans leurs pays respectifs et ont acquis une expérience hors Canada. Ils sont venus à un âge déjà avancé et ils se rendaient compte que pour avoir un bon travail, il leur fallait recommencer à l'école. Le sentiment que son diplôme ne «valait plus rien» était perçu comme «un déclassement» et comme une trahison par ce que c'était justement sur la base de ses diplômes qu'il avait été sélectionné et ces diplômes se sont avérés finalement « inutiles». Cette situation oblige certains à changer de carrière non pas par vocation, mais par nécessité comme la montre le témoignage R9 :

(...) à Toronto, j'en connais qui ma foi sont... même si ce n'était pas quelque chose... comment dirai-je... leur passion, peut-être ils se sont retrouvés à faire une formation dans l'enseignement juste parce qu'ils ne voulaient pas aller plus bas que ça pour faire quelque chose d'autre dans... dire que ça retarde euh... c'est juste que mentalement il faut être préparé parce que tu peux arriver ici, quand tu n'as pas été préparé et que tu te rends compte de cette réalité-là, pour certains parfois.

Le R9 lors de l'interview a affirmé lui-même avoir changé de carrière. Quant au répondant R20 qui a fait des études en droit et sciences politiques dans son pays, à son arrivée il a occupé plusieurs emplois temporaires dans les compagnies de nettoyage, de gestion des déchets en provenance des hôpitaux. Il a finalement opté pour une formation en soudure et fabrication. Il a fini cette formation et a travaillé pendant quelques mois dans les mines. Il se plaint de douleurs handicapantes au dos et pense que ces douleurs sont liées aux travaux pénibles qu'il a faits.

Les immigrants, en particuliers africains sont souvent victimes de racisme qui est une croyance erronée fondée sur des hypothèses fausses, mais profondément ancrées dans la population d'accueil. De ce fait il existe de nombreux préjugés et stéréotypes négatifs véhiculés à l'égard des immigrants. Cette observation a été faite par 10 répondants (R2, R5, R9, R10, R11, R12, R14, R 16, R 18 et R19). Mais cette situation a été vécue par les répondants R5, R9, R14, R19 et surtout R2 qui en fin de compte affirme qu'il se méfie de presque tout le monde dans ses interactions à cause des préjugés :

C'est ça parce qu'il y a plein de préjugés, avant j'étais innocent, ça ne me disait rien, mais maintenant, je suis plus conscient qu'il y a tellement de préjugés. (...) Ils ont une vision de qui l'immigrant est, mais ils ne cherchent pas à comprendre les gens ou avoir une tendance à approcher les gens sur le point individuel. Tu comprends? C'est comme s'ils ont une image (...) ils ont mis une image par exemple la télévision, les choses la... donnent une image de nous qui n'est souvent pas vraie. Donc quand ils te rencontrent, ils ont ça ils veulent que tu te comportes selon ce qu'ils ont dans leur tête. Donc c'est des choses, ça m'a pris du

temps pour les comprendre. Mais c'est ça. Sur le côté interaction, c'est ça. C'est des choses psychologiques dont j'ai affaire tous les jours. Même maintenant (...). C'est des choses psychologiques et je peux dire c'est des choses psychologiques qui peuvent nuire à ma santé psychologique.

Le témoignage de ce répondant révèle ce que les préjugés et les stéréotypes peuvent entraîner sur le plan social et sur le plan de santé des immigrants africains. Les stéréotypes qui d'ailleurs sont basés sur des généralisations simplistes, les préjugés qui, quant à elles, sont des croyances fausses, engendrent des comportements discriminatoires de la part de certains membres de la communauté d'accueil. Ces comportements sont offensants et limitent les possibilités de certains immigrants dans plusieurs domaines de la vie sociale particulièrement l'emploi, l'obtention d'une promotion, les droits, les services, le logement. Les personnes victimes de préjugés et de discrimination sont aussi victimes de violence, de mauvais traitements, de rejet, d'aliénation et d'isolement. L'un des effets les plus néfastes de l'exclusion sociale est qu'avec le temps, la victime peut croire ce qu'elle entend à son sujet et peut commencer à se convaincre qu'elle est réellement inférieure. (Prophéties auto réalisatrices). La victime souffre sur le plan émotif; développe un manque d'estime de soi; une culpabilisation; une perte d'espoir pour l'avenir; une peur des autres ou une méfiance à leur égard et parfois un non-respect des autorités. Le stress, l'angoisse chronique provoquée par le racisme entraînent de fortes réactions psychiques et physiques qui avec le temps débouchent sur des maladies chroniques et divers troubles de la santé.

Le sentiment aussi que les autres ne font pas assez d'efforts pour connaître l'identité et la culture des immigrants a été relevé par le répondant R9. Il pense que les autres doivent aussi accepter les immigrants.

Donc c'est l'une des choses également qu'ils devraient apprendre pour nous permettre de nous sentir vraiment à l'aise. (...) c'est comme une fois j'étais allé quelque part et y a quelqu'un qui m'a donné un nom, il m'a dit "non, on va te donner un autre nom". J'ai dit "mais pourquoi?" et il m'a dit ils ont de la difficulté à prononcer mon nom et également en

blaguant je lui ai dit “mais voilà, mon nom c'est... tiens chaque personne a un nom et ce nom c'est comme un numéro de téléphone donc si tu changes un chiffre ou tu inverses un chiffre, ce sera plus le même numéro.

À travers ce témoignage, nous pouvons aisément déduire que ce répondant a souffert du fait que ces collègues de travail, sans véritablement chercher à comprendre son identité et sa culture ont tenté de lui imposer une identité qui ne correspond pas à celle que lui-même s'attribue

La situation générale est bien résumée dans le témoignage de R2. Il faut bien connaître comment marche le système sinon on risque de ne pas s'en sortir:

Pleins de gens qui sont venus au même moment que moi, le fait de ne pas savoir comment le système fonctionne, certains actuellement, ils ont perdu le plomb. Certains sont devenus sans abris, certains ils ont foutu leur vie en l'air, certains sont en prison. Par ce que c'était trop.

Les difficultés liées à la reconnaissance des diplômes et des expériences acquis hors Canada sont des sources de stress et de découragement, car beaucoup d'immigrants sont sélectionnés sur la base de leurs diplômes universitaires et de leurs expériences professionnelles. Le sentiment de 'déclassement' est source de dévalorisation. Les expériences liées au racisme et aux discriminations que vivent certains immigrants créent des frustrations et de la méfiance.

CHAPITRE 7

DISCUSSION

Notre étude montre que le capital social des nouveaux arrivants pouvait avoir une incidence sur leur santé. Notre analyse démontre non seulement que le processus de l'immigration est stressant mais que le fait d'immigrer entraîne bien souvent une rupture des réseaux sociaux et liens sociaux. De nombreux immigrants abandonnent leur famille, les parents, les amis et des connaissances qui constituaient pour eux des sources importantes de soutien social, psychologique et financier. Ces changements nécessitent des mécanismes d'adaptation efficaces. Cette étude dévoile que certains immigrants tirent quand même leurs épingles du jeu, alors que d'autres ont un capital social faible qui les prive de beaucoup de choses et chez qui le stress de l'immigration perdure. Un tableau récapitulatif de la situation à Sudbury montre la situation suivante :

Tableau IX: le capital social de la population étudiée

Répondant	Sexe	Age	Catégorie	Arrivée au Canada	Statut	Parent Canada	Vit avec famille	Amis Sudbury	Association	Étudiant?	Emploi	Groupe	Problème signalé
R1	H	20-30	Ind	2012	Célib	Non Mentor	Non	Oui	Mosquée	Oui	TP	2	Logement Cheville
R2	H	31-40	Ind	2003	Célib	Non	Non	Non	Non	Oui	TP	1	Traumatisme cou, Éruption peau Dépression
R3	H	31-40	Ind	2011	Célib	Non	Non	oui	Mosquée	Oui	TP	3	
R4	F	31-40	Ind	2011	Célib	Non	Non	Oui	Église		TP	3	
R5	F	31-40	Ind	2007	Célib	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	1	Dépression Problème dentaire, entorse cheville, chute avec évanouissement
R6	F	31-40	Ind	2010	Célib	Non	Non	Oui			TP	3	
R7	H	41-50	Ind	2011	Marié	Oui	Oui	oui	Église		TP	2	Logement
R8	H	41-50	Ind	2011	Marié	Oui	Oui	non	Église		TP	2	Service social, garderie, assurance
R9	H	41-50	Ind	2012	Marié	Non	Non	Oui	Église	Oui		3	
R10	H	20-30	Reg	2009	Célib	Oui	Non	Oui		Oui		3	
R11	F	20-30	Reg	2008	Célib	Oui	Non	Oui		Oui		3	
R12	F	20-30	Reg	2008	Célib	Oui	Oui	Oui	Église	Oui		3	
R13	F	20-30	Reg	2012	Célib	Oui	Non	Oui		Oui		3	

R14	F	41-50	Regr	2003	Marié	Oui	Oui	oui	Non Mosquée		Plein temps	2	Service Problème de nerf, grossesse non désirée
R15	F	31-40	Reg	2005	Marié	Oui	Oui	Oui	Église		Plein temps	3	
R16	F	31-40	Reg	2011	Marié	Oui	Enfants	Oui	Église	Oui	Non	2	Langue
R17	F	31-40	Reg	2011	Marié	Oui	Oui	Non	Église	Oui	Non	2	langue
R18	F	31-40	Reg	2003	Divorcée	Oui	Enfants	Non	Non		Plein temps	1	Genou Dépression
R19	F	41-50	Ref	2009	Célib	Non	Non	Non	Non		Plein temps	1	HTA, Arthrite Dépression
R20	H	41-50	Ref	2007	Marié	Oui	Enfant	Oui	Non		Sans emploi	1	Dépression Douleur chroniques au dos, aux doigts Calculs biliaires
R21	H	41-50	Ref	2006	Marié	Oui	Oui	Oui	Église		Sans emploi	2	Famille restée au pays logement
R22	F	20-30	Ref	2010	Marié	Oui	Non	Non	Non	Oui	TP	1	Douleurs dos Prise de poids Dépression

Groupe 1: ceux qui ont une mauvaise appréciation de leur état de santé

Groupe 2: ceux qui ont connu des problèmes momentanés de santé physique et mentale.

Groupe 3: ceux ayant une bonne appréciation de leur état de santé

Ce tableau montre que le réseau social est fortement bouleversé par l'immigration. L'immigrant est dans une nouvelle situation bien souvent caractérisée par le fait qu'il a quitté ses amis et connaissances du pays, il est souvent séparé de sa famille (Tableau VII), les rôles au sein de la famille sont modifiés, il doit reconstruire un nouveau réseau social, il doit découvrir et traiter avec de nouvelles institutions, il doit acquérir une situation stable à grâce à un bon emploi dans une nouvelle culture ou il est étranger. C'est un grand bouleversement auquel il doit s'adapter au prix de multiples péripéties (Berry, 1997). La joie, l'harmonie, la sérénité ou au contraire, le stress, les frustrations et de manière générale les difficultés engendrées lors des interactions avec les membres de la communauté peuvent avoir une influence sur la santé (Krieger, 2011).

Les conditions de l'immigration sont des facteurs de stress qui expliquent pourquoi certains immigrants ont une mauvaise appréciation de leur état de santé. Les réfugiés qui fuient leurs pays du fait de la guerre ont souvent vécu des traumatismes et ont vécu transitoirement dans d'autres pays avant de venir au Canada. Pour les immigrants économiques, les attentes sont élevées. Les réalités sur place, les inquiétudes liées aux difficultés de trouver un bon emploi, le dilemme du retour est souvent des sources de désillusion et de stress.

Ceux qui ne sont pas avec leur famille doivent remplir eux seuls désormais toutes les tâches ménagères (ménage, courses, s'occuper des enfants, faire l'épicerie en plus des exigences de l'emploi). L'isolement, la solitude en particulier pour les femmes avec l'impossibilité d'avoir un secours en cas de danger, les soucis relatifs à l'incapacité de subvenir aux besoins de la famille restée au pays, l'inquiétude pour la sécurité de la famille restée au pays, les longues procédures de parrainage sur lesquelles on n'exerce aucun contrôle sont autant de facteurs responsables de stress qui peuvent aboutir sur des maladies psychosomatiques : insomnies, prise de poids, douleurs lombaires, etc..

Si l'on tient compte du genre, les femmes célibataires semblent être plus affectées que les hommes célibataires dans notre échantillon. Chez les femmes célibataires, c'est plus l'isolement et la solitude qui sont source de stress. Pour les hommes mariés, l'emploi

et le souci de pouvoir subvenir aux besoins de la famille et des parents restés au pays sont les plus grands pourvoyeurs de stress. Par contre les femmes mariées sont plus stressées si elles ne vivent pas avec le mari dans la même ville et doivent s'occuper seules des enfants. L'émancipation de la femme, l'influence de la nouvelle culture sur les enfants, l'intervention de la police dans les affaires de la famille peuvent également être source de tension dans la famille.

Des mauvaises expériences vécues lors des interactions avec les amis ou les connaissances sont responsables de déception et de méfiance dans les futures relations. Cette méfiance entraîne un repli sur soi, lequel favorise la solitude. L'isolement qui s'en suit donne une impression de rejet et de dévalorisation de la part des autres. Ce qui a son tour renforce la méfiance. C'est une situation stressante, humiliante, capable d'engendrer des maladies psychosomatiques comme l'hypertension, des maux de tête. De mauvaises fréquentations peuvent encourager les mauvaises habitudes comme la consommation d'alcool ou l'utilisation de drogues illicites et favoriser l'exclusion sociale.

Au sein des services sociaux et de santé, les difficultés liées à la communication peuvent avoir une incidence négative sur la qualité du service offert et le degré de satisfaction. Les insatisfactions ou les incompréhensions répétées qui en résultent peuvent être des sources de stress. La méconnaissance des mandats des services d'intégration ou des attentes «irrationnelles» non satisfaites sont souvent source de déception et de méfiance à l'égard de ces services. Les difficultés pour le logement ou l'achat de maison ou face aux horaires d'autobus, la méconnaissance du monde des affaires, la méconnaissance des modes de facturations du téléphone cellulaire, la méconnaissance du système judiciaire, la méconnaissance du système de santé rendent les immigrants vulnérables à des abus et sont de facteurs de stress

Les frustrations liées à l'accès à l'emploi, la non-reconnaissance des diplômes, le changement de profession, l'obligation de reprendre les études sont des situations stressantes et traumatisantes. Les immigrants sont parfois victimes de diverses formes d'exclusion sociale. Les préjugés, les stéréotypes, la discrimination sont des terrains favorables pour la survenue de toutes formes de violence envers les immigrants. Ceux qui en sont victimes souffrent sur le plan émotif; développent un manque d'estime de soi,

une perte d'espoir pour l'avenir; une méfiance à l'égard de la population d'accueil. Tous ces cas de figures sont représentés dans une certaine mesure dans le tableau VII.

Il faut cependant tenir compte des limites de cette étude. La collecte des données a été faite à un moment donné de manière ponctuelle. Ce qui n'est pas idéal pour l'observation de changements intervenus dans le capital social et l'état de santé. Des études longitudinales avec suivi des individus peuvent mieux nous permettre de voir les changements qui surviennent dans le capital social et la transition dans l'état de santé. Des études sur le long terme devraient identifier les éléments qui permettent aux immigrants d'avoir un meilleur capital social et par conséquent donner des pistes de solutions pour aider à améliorer le fonctionnement quotidien des nouveaux arrivants. Pour ce qui est de la transition de la santé, il faudrait avoir l'information sur l'état de santé avant immigration, à l'arrivée et 3 ans plus tard pour établir comment le capital social joue sur la santé. Il aurait été aussi important de faire une étude comparative avec une ville où il existe un « meilleur accueil » car au moment de notre étude le CIFS, centre de référence pour les immigrants francophones à Sudbury était fermé. La fermeture du CIFS a sans doute eu un impact sur le capital social des immigrants.

En attendant notre étude corrobore les résultats de plusieurs études antérieures montrant que l'insuffisance ou le manque de capital social ont une influence sur la santé autoévaluée, la santé mentale et physique (Kim, 2006; Berkman, 2000; Cohen, 1988; Berkman, 1995; House, 1988). L'explication donnée est que l'immigrant se retrouve dans un nouvel environnement social ou son réseau social est insuffisant pour lui apporter le soutien nécessaire. De plus, les normes, les règles, les habitudes de la culture d'accueil lui échappent. Si l'immigrant n'arrive pas à s'adapter, à s'intégrer, le stress et l'anxiété qui découlent de cette situation qualifiée d'anomie par Durkheim (1969) peuvent devenir facilement chroniques. S'il ne trouve pas de solution à court terme, ces difficultés peuvent à la longue déboucher sur des problèmes de santé aussi bien physique que mentale notamment la dépression et les maladies psychosomatiques.

Le préjudice est porté à la santé physique ou mentale par divers mécanismes : l'insuffisance de l'apport du soutien social, l'absence ou les mauvaises influences sociales, l'insuffisance d'attachement et d'engagement social dans la communauté et la limitation de l'accès aux ressources (Bouchard et collab., 2006; Berkman, 2000).

L'insuffisance du soutien social augmente le risque de ne pas bénéficier de support dans les situations où on a besoin d'aide, et ce notamment dans les tâches quotidiennes de la vie ou dans les situations où on a besoin d'aide d'urgence. L'insuffisance de soutien social rend les situations stressantes plus difficiles à supporter individuellement (Bouchard et collab, 2006) diminue les possibilités d'accès aux ressources de la communauté et a des conseils permettant de prendre les bonnes décisions. L'insuffisance du réseau social rend la vie de tous les jours plus difficile. Quand le soutien social est présent, l'individu a un plus fort sentiment d'appartenance à la communauté (Berkman, 2000). Quant à l'absence ou les mauvaises influences sociales, il est reconnu que les individus peuvent ajuster leurs comportements en fonction des attitudes de leur entourage et de leur communauté (Berkman, 2000; Marsden, 1994).

Une mauvaise influence peut favoriser par exemple les comportements préjudiciables à la santé comme l'usage du tabac, la consommation de l'alcool, la consommation de drogues illicites, l'utilisation des services de santé (Berkman, 2000; Murray, 1995; Landrine, 1994 ; Trieber, 1991; Hanson, 1990). Si les interactions sont négatives, l'attachement et d'engagement social dans la communauté seront insuffisants. L'individu peut se sentir rejeté et se replier sur lui-même. Il ne peut plus bien socialiser et cela atteint à sa capacité d'intégration. Le sentiment d'appartenance à la communauté diminue (Berkman, 2000). La faiblesse du réseau social au sein duquel se fait la diffusion des informations limite les opportunités, rendant difficile l'accès aux ressources.

La santé est affectée par les réponses physiologiques directes au stress et aux états psychologiques (Harris, 2006; William, 2003; OMS, 2003; Kubzanski, 2000). Le stress provoque des états émotionnels négatifs sous la forme d'anxiété, de dépression, une faible estime de soi (Hyman, 2009). Ces états ont des conséquences directes sur le fonctionnement des systèmes endocrinien, immunitaire ou cardiovasculaire, lesquels sont perturbés lors du stress (Berkman, 2000; Meaney, 1991; 1988, 1985). Les perturbations se font à travers un mécanisme complexe de modifications cellulaires et de production d'hormones commandées par l'axe hypothalamo-pituitaire-surrénal (Berkman, 2000; Meaney, 1991; 1988, 1985). À long terme le risque augmente pour la survenue de l'hypertension artérielle, la crise cardiaque, les accidents vasculaires cérébraux, le diabète, la dépression (Hyman, 2009). Le système immunitaire peut s'affaiblir et par la

augmenter la vulnérabilité de l'organisme aux infections. La dépression peut augmenter les comportements néfastes à la santé tels que la toxicomanie, l'alcoolisme, le retard dans la consultation, ou dans la demande d'aide (Hyman, 2009). Les états psychologiques sont des situations qui influencent l'état de santé. La participation à un réseau est importante pour la maintenance de l'efficacité personnelle et l'intégration sociale permet de promouvoir l'estime de soi ce qui renforcerait la capacité d'adaptation aux événements stressants de la vie, la pensée positive et préviendrait la dépression (Cohen, 1988; Thoits, 1983; Sieber, 1974). Les bonnes habitudes les stratégies apprises auprès des autres peuvent inspirer des comportements ayant un impact sur la santé. La participation à un réseau permet également de s'inspirer des styles et des manières de s'adapter aux autres face au stress (Holahan, 1997; Holahan, 1995; Matt, 1993; Morris, 1991; Bowling, 1991; Lomauro, 1990). Si le contact entre les individus permet de promouvoir la santé, il peut en même temps favoriser la propagation des maladies infectieuses telles que la tuberculose, le SIDA, les maladies sexuellement transmissibles en exposant les membres aux sources de contamination (Berkman, 2000).

La problématique du capital social et du bien-être des immigrants pose donc le problème de leur intégration et du même coup les diverses formes d'exclusion qui toutes constituent les multiples facettes d'un même phénomène sociologique (Berry, 1997). Si la problématique du capital social des immigrants et de leur bien-être va de pair avec le racisme et les autres formes d'exclusions, elle pose en même temps une dynamique plus générale des relations sociales où se retrouve, en réalité, la distribution du pouvoir (Elias, 1997). À l'heure actuelle au Canada l'immigration est ouverte à tous les ressortissants en provenance des autres pays du monde qui remplissent les conditions et qui donc sont amenés à vivre et à travailler ailleurs que là où ils sont nés en même temps à travers la Loi-c-24, les conditions d'admissibilité à la citoyenneté sont rendues plus difficiles et la perte de citoyenneté plus facile. (Parlement du Canada, 2014; Association du barreau canadien, 2014).

Le problème de l'exclusion des immigrants (avec ce que cela implique en termes d'anomie pouvant se répercuter sur la santé) se pose nécessairement renforcé par les conjonctures économiques (Elias, 1997). L'inégale distribution du capital social participe à la création de l'exclusion sociale. L'absence de capital social fonctionne comme un

médiateur entre la pauvreté, l'exclusion sociale et la santé (Kawashi, 1997), car la possession d'un capital social constitue un actif qui permet l'accès à diverses ressources, comme à l'emploi ou aux biens ou aux droits; toutes choses qui assurent participation et intégration sociale. Cette situation, bien documentée et décrite par Norbert Elias (Elias, 1997) dans les logiques de l'exclusion, montre que l'exclusion produit de l'anomie, de l'incapacité des individus à se constituer en acteurs. L'exclusion fabrique aussi de l'aliénation, l'intériorisation du stigmat, l'incapacité de réagir aux accusations excessives ou fausses qui généralisent une appréciation négative et humiliante à partir de quelques cas, parce que lorsque nous appartenons à un groupe faiblement structuré et organisé, il est difficile d'échapper individuellement à la stigmatisation du groupe. L'exclusion, à la limite, façonne chez ceux qu'elle atteint ce qu'elle leur reproche. Les groupes stigmatisés ont tendance à agir selon la mauvaise réputation que nous leur avons attribuée.

CONCLUSION

Nous avons choisi Sudbury parce que cette ville contient une population francophone non négligeable qui possède aussi des infrastructures attirant les immigrants francophones. La démarche que nous avons utilisée comporte cependant des limites qu'il faut prendre en compte.

Les limites de l'étude :

La première réside dans le mode de recrutement des répondants. Nous avons rencontré des personnes qui ont eu un rapport avec le Centre de santé communautaire de Sudbury et d'autres étudiant à l'Université. Ce sont des citoyens et des personnes qui pouvaient avoir éprouvé des ennuis de santé. Cette procédure, surtout qu'elle a eu lieu pendant l'hiver, excluait d'office des catégories telles que les personnes malades, les personnes hospitalisées ou les personnes qui pour diverses raisons ne pouvaient pas se déplacer facilement. Ces témoignages auraient pu changer considérablement les résultats de notre analyse. Néanmoins, il demeure que nous avons réussi à démontrer combien le capital social est un enjeu pour l'ensemble des immigrants arrivants à Sudbury et peut-être même au Canada.

La deuxième limite de notre étude est le mode de sélection des répondants. En effet, seules les personnes disposées à échanger leurs expériences ont été interrogées. On peut donc imaginer qu'il y a des personnes qui ont vécu des traumatismes peut être plus grands encore et qui n'étaient pas en mesure de pouvoir livrer leur témoignage. Les répondants ont été sélectionnés en pleine année scolaire. Une grande partie des répondants étant des étudiants, le manque de temps pour certains a pu contribuer à réduire le nombre de participants et par conséquent la variété des témoignages.

Ensuite l'interview enregistrée, malgré l'assurance apportée pour la confidentialité et l'anonymat des données a engendré de la méfiance de la part de certains répondants. Ceci a pu sans doute amener certaines personnes à exagérer leurs propos ou à les modérer de peur d'être reconnus.

L'enquête s'est passée à un moment où le CIFS qui constituait une structure importante dans l'accueil des immigrants francophones à Sudbury, était fermé. Peut-être que si ce service avait été encore ouvert cela aurait changé la perception et le jugement de certains nouveaux arrivants.

Le nombre limité des participants a pu constituer aussi une limite à notre étude. Nous n'avons pas été en mesure d'interroger la majorité des nationalités composant la population africaine dans le cadre de notre échantillon. Pour des raisons financières et de temps, nous avons dû limiter le nombre de répondants à vingt-deux. Sans doute un plus grand nombre de répondants, recouvrant le maximum de nationalités aurait apporté plus de richesses aux témoignages récoltés.

Dans cette étude les répondants devaient apprécier leur état de santé appelée auto-évaluation de l'état de santé. Cette santé perçue est subjective parce qu'elle est influencée par la relation à la culture et à la façon de s'en imprégner. Elle est ainsi acceptée comme un indicateur valide de l'état de santé global d'une personne. L'auto appréciation peut refléter certains aspects de la santé qui ne sont pas saisis dans d'autres mesures, comme le premier stade d'une maladie, la gravité d'une maladie, les ressources physiologiques et psychologiques, ainsi que le fonctionnement social et mental (Emploi et Développement social Canada, 2013). L'auto évaluation de la santé est, en somme, le reflet de la combinaison d'un ensemble de facteurs communément appelés déterminants de la santé.

Une autre limite est la mesure du capital social. C'est une tâche particulièrement difficile parce que non seulement le terme est polysémique, mais encore il fait référence à certains concepts comme la confiance, la méfiance, la réciprocité, la communauté, les réseaux sociaux, la participation sociale. Le défi est encore plus grand lorsqu'on doit mesurer la quantité et la qualité de ce capital social sur un grand nombre de personnes. Il n'y a pas à l'heure actuelle, une méthode consensuelle pour mesurer le capital social ainsi que son impact. C'est pour cette raison que nous avons étudié le capital social à l'aide d'une approche qualitative afin de faire ressortir les éléments d'ensemble d'un tel concept relativement à la situation des immigrants. Il s'agit là d'une question encore peu explorée.

Par ailleurs, les contraintes de temps et de ressources financières dans le cadre de notre étude ne nous ont pas permis d'adopter une théorie entièrement définie pour comprendre les mécanismes du capital social en relation avec l'immigration, c'est-à-dire la capacité d'insertion d'une culture à une autre. Nous avons choisi certains indicateurs qui nous sont apparus pertinents et qui étaient accessibles afin d'avoir une mesure approximative du capital social de la situation de nos répondants. La catégorie d'immigration, l'occupation, les compétences linguistiques, la situation matrimoniale, la présence des parents au Canada ou à Sudbury, les amis, la participation à des groupes associatifs, la confiance, la méfiance, les expériences négatives ou positives vécues dans les interactions avec la communauté ont été des indicateurs importants dans le travail d'analyse.

Recommandations :

Les immigrants qui ont une mauvaise appréciation de leur état de santé physique et mentale sont ceux qui n'ont pas suffisamment d'interactions avec les membres de leur famille, avec un cercle élargi de connaissances; ils ne sont pas présents au sein de groupes ou d'associations. Le capital social sert à la plupart des immigrants à disposer de suffisamment de ressources sociales pour faire les activités quotidiennes et affronter les difficultés de la vie en situation d'immigration. L'insuffisance du réseau social rend la vie de tous les jours plus difficile et les situations stressantes plus difficiles à supporter individuellement. Le stress chronique lié à la réalisation des tâches domestiques quotidiennes, le manque ou l'insuffisance de soutien physique, psychologique, financier, l'éducation des enfants, l'accès à l'emploi, la communication, le racisme peut entraîner un malaise social, la dépression psychologique et des maladies psychosomatiques.

L'étude a montré que les éléments du capital social les plus influents sur la perception de la santé des immigrants sont l'absence de la famille, l'absence d'amis, la non fréquentation d'associations ou de groupe et le statut de réfugié. Par ailleurs, le fait d'être femme, la durée du séjour au Canada (arrivé il y a plus de 5 ans), le statut matrimonial (célibataire ou divorcé), la situation de l'emploi (sans emploi ou emploi à temps partiel) sont aussi des facteurs non négligeables qui peuvent influencer la perception de la santé des immigrants.

Les recommandations s'adressent aux services de santé, aux services sociaux ou de soutien à l'immigration, aux intervenants qui y travaillent et aux immigrants.

Pour les intervenants, les agents de santé doivent tenir compte de la trajectoire migratoire, la situation de famille (au pays d'origine ou au Canada) afin d'identifier, prévenir ou atténuer de potentiels problèmes sur le manque de soutien et de réseaux sociaux destinés aux immigrants africains notamment. Les immigrants doivent participer aux rencontres d'information et la formation aux compétences culturelles; des formations initiées par les agences qui entrent dans le cadre de l'intégration. Les autorités doivent enfin poursuivre la lutte contre le racisme, favoriser l'égalité des chances et faciliter le regroupement familial.

Pour les immigrants en provenance d'Afrique, d'autres études sont maintenant nécessaires pour comprendre en détail la composition du capital social par catégorie d'immigrants, ainsi que les problèmes spécifiques relatifs à chaque catégorie d'immigrants. Il serait important par exemple d'effectuer des études comparatives sur le capital social des immigrants (selon le sexe, la catégorie d'immigration) avec celui de la population canadienne. Il faudrait aussi étudier, de manière comparative, l'impact du capital social sur santé des immigrants et ceux nés au Canada. Ces recherches pourraient déterminer les éléments à surveiller ou à prendre en compte par les travailleurs sociaux ou de la santé. Elles tenteront d'apporter des réponses à des questions d'actualités comme par exemple si les réfugiés ont un meilleur capital social quand ils arrivent en terre d'accueil. Notre étude s'est déroulée dans un contexte spécifique qu'il serait difficile de généraliser avant d'avoir fait des études à plus grande échelle dans un contexte plus global et à plus long terme.

L'absence de la famille, l'absence d'amis, la non fréquentation d'associations ou de groupes et le statut de réfugié sont les facteurs les plus influents sur la santé dans ce travail. Les actions à entreprendre ou à renforcer doivent viser à palier dans une certaine mesure l'absence de la famille (regroupement familial), favoriser les occasions de rencontre et d'information par les services d'intégration et religieux et faciliter l'accès à l'emploi. Pour l'instant et attendant les résultats d'autres études, un bon soutien social à travers les réseaux formels d'entraide sociaux peut aider les immigrants à avoir les

bonnes informations à obtenir de l'aide en cas de besoin, à améliorer l'accès aux services communautaires, à faciliter leur intégration économique et sociale au Canada et finalement à réduire les méfaits du stress, à atteindre un bon niveau de bien-être physique et mental. Les services de santé, les services sociaux ou de soutien à l'immigration devraient comprendre les facteurs de stress spécifiques engendrés par l'immigration puis définir et évaluer des systèmes de prestation de service adaptés à la culture des immigrants :

- Intégrer ou assurer la formation des intervenants et des immigrants en compétences culturelles et linguistiques,
- Assurer une coopération intersectorielle entre différents intervenants en santé communautaire,
- Encourager les occasions de rencontres et le réseautage, les formations des associations des immigrants (financements des activités, sports, centres culturels, fêtes culturelles, équipes de sports...).

BIBLIOGRAPHIE

Immigration

Association du barreau canadien. (Avril 2014). Projet de loi C-24, Loi renforçant la citoyenneté canadienne. En ligne

<http://www.cba.org/ABC/memoires/PDF/14-22-fr.pdf>. consulté le 10 février 2015.

Becklumb, P. (2008). Background paper. Canada's immigration program. En ligne sur le site de la bibliothèque du parlement canadien..

<http://www.parl.gc.ca/Content/LOP/researchpublications/bp190-e.pdf>. consulté le 18 novembre 2012.

Berry, W.J. (1997). Immigration, Acculturation, and Adaptation. *Applied psychology: and international review*, 46(1) :5-34.

Chambre des communes (1995) Débats, 1^{re} session, 35^e législature, 14 décembre 1995. En ligne

<http://www.parl.gc.ca/HousePublications/Publication.aspx?Mode=1&Parl=35&Ses=1&DocId=2332537&Language=F> Consulté le 24 juin 2013.

Chouinard, M. & Pelletier, L. (1983). Aperçu historique de la politique d'immigration canadienne. *Cahiers québécois de démographie*, 12(2) :201-206. doi: 10.7202/600505ar.

Citoyenneté et Immigration Canada (2014).Faits et chiffres – aperçu de l'immigration. Résidents permanents 2013. En ligne

<http://www.cic.gc.ca/francais/pdf/2013-Faits-Permanents.pdf>.

Citoyenneté et immigration Canada. (2013) Faits et chiffres 2013 – Aperçu de l'immigration : Résidents permanents. En ligne

<http://www.cic.gc.ca/francais/ressources/statistiques/faits2013/permanents/02.asp> consulté le 7 mars 2013.

Diallo, L., Lafrenière, G. (1998). Stratégies pour une redéfinition de l'espace francophone à Sudbury, *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, 4(1) : 140-150. En ligne

<https://www.erudit.org/revue/ref/1998/v4/n1/026201ar.pdf> consulté le 24 novembre 2015. DOI: 10.7202/026201ar

Emploi et Développement social Canada (2013). *Santé - Auto-évaluation de la santé*. En ligne <http://well-being.esdc.gc.ca/misme-iowb/.3ndic.1t.4r@-fra.jsp?iid=10>. Consulté le 1^{er} septembre 2014.

Galabuzi, G. E. (2006). Canada's Economic Apartheid: The Social Exclusion of Racialized Groups in the New Century. *Toronto: Canadian Scholar's Press*. En ligne

<http://ir.nmu.org.ua/bitstream/handle/123456789/136246/c6aa5606641265ece15a36d4f73fb846.pdf?sequence=1> consulté le 15 juillet 2014.

Galabuzi, G., Edward, E. & Teelucksingh, C. (May 2005). Working precariously: The impact of race and immigrants status on employment opportunities and outcomes in Canada. *Toronto: Canadian Race Relations Foundation*. En ligne <http://www.socialjustice.org/uploads/pubs/WorkingPrecariously.pdf>. Consulté le 14 mars 2014

Garnett Picot, G. Hou, F. et Coulombe, S. (Janvier 2007). Le faible revenu chronique et la dynamique du faible revenu chez les nouveaux immigrants. No 11F0019MIF au catalogue, no294. Repéré sur le site de Statistique Canada <http://publications.gc.ca/Collection/Statcan/11F0019MIF/11F0019MIF2007294.pdf>.

Glaser, B.G. & Strauss, A.L. (1967). The discovery of grounded theory. Chicago: Aldine Publishing Company.

Grand Sudbury (2008). Forum sur l'immigration Sudbury. En ligne http://planningourworkforce.ca/pdf/Immigration_Forum_Sudbury_2008-French.pdf consulté le 12 décembre 2013.

Grand Sudbury (2013). <http://www.grandsudbury.ca/> site consulté le 20 septembre 2014.

Grand Sudbury. (Septembre 2011). Devenir un havre sûr pour la communauté néocanadienne. Passons à l'action Stratégie d'établissement locale. En ligne http://www.immigrationsudbury.ca/images/files/final_report_fr.pdf. Consulté le 20 janvier 2013 <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/index-fra.cfm> consulté le 20 août 2014.

Immigration Sudbury (2013) vive la diversité chez nous. Repéré sur le site de immigration Sudbury. http://www.immigrationsudbury.ca/index.php?option=com_content&view=article&id=64&Itemid=241&lang=fr.

Kunz, J. L. (spring 2005). Applying a Life-Course Lens to Immigrant Integration. Canadian issues. *Canadian issues* (pp. 41-43). En ligne http://canada.metropolis.net/pdfs/CITC_Spring_05_EN.pdf.

Lacassagne, A. (2010). Défi de l'immigration francophone à Sudbury : un enjeu national ignoré. *Cahier de la recherche actuelle sur l'immigration francophone au Canada*, pp 26-29) en ligne http://canada.metropolis.net/publications/francophone_compendium_f.pdf consulté 20 décembre 2012.

Le Centre de Santé communautaire du Grand Sudbury (2013). <http://www.santesudbury.ca/content/historique> consulté le 20 septembre 2013.

Le grand Sudbury (2011). Le grand Sudbury en bref. En ligne http://www.grandsudbury.ca/sudburyfr/assets/File/Website_Visible%20Minorities.pdf consulté le 20 juin 2015.

Legault, G. (2000) *L'intervention interculturelle*, Montréal, Gaëtan Morin.

Milan, A. (2011). Migrations : internationales 2009. *Statistiques Canada*. Composante du produit no 91-209-X au catalogue.

Ostrovsky, Y. (Avril 2008). Inégalité et instabilité des gains chez les immigrants au Canada. Études analytiques No 11F0019M au catalogue, n 309. Repéré sur le site de statistiques Canada.
http://publications.gc.ca/collections/collection_2008/statcan/11F0019M/11F0019MIF2008309.pdf.

Paillé, P. (1996). L'échantillonnage théorique. Induction analytique. Qualitative par théorisation (analyse). Vérification des implications théoriques. Dans A. Mucchielli (Éd.), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin.

Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, 23 :147-181. DOI: 10.7202/1002253ar.

Parlement du Canada. (2014). Chambre des communes du Canada .Projet de loi C-24. En ligne
<http://www.parl.gc.ca/HousePublications/Publication.aspx?Language=F&Mode=1&DocId=6410225&File=4>. Consulté le 10 février 2015.

Parlement du Canada. (2015) Trésors parlementaires. Regard sur les archives du sénat du Canada. En ligne
<http://www.parl.gc.ca/About/Senate/ParliamentaryTreasures/canadian-society-f.htm> consulté le 10 juillet 2015

Parven N. (2009). Immigration and Settlement in Greater Sudbury. *Canadian Political Science Association*. En ligne <http://www.cpsa-acsp.ca/papers-2009/Nangia.pdf>. Consulté le 20 mai 2013

Quell, C. (2002). Official Languages and Immigration: Obstacles and Opportunities for Immigrants and Communities. Ottawa: Office of the Commissioner of Official Languages.

Statistique Canada. (2013). Circonscription sanitaire de Sudbury et son district (Région Sociosanitaire. Profil de la santé, N° 82-228-XWF au catalogue. En ligne <http://www12.statcan.gc.ca/health-sante/82-228/index.cfm?Lang=F>. Consulté le 20 juin 2015.

Statistiques Canada (2003) Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada : le processus, les progrès et les perspectives. No 89-611-XIF. En ligne <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-611-x/4152881-fra.htm>.

Statistiques Canada (2005) Étude : Population des groupes de minorités visibles au Canada en 2017. En ligne <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/050322/dq050322b-fra.htm> consulté le 20 juin 2015.

Statistiques Canada (2011). Immigration et diversité ethnoculturelle au Canada-Enquête nationale auprès des ménages. N 99-010-X2011001 au catalogue. En

ligne <http://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/as-sa/99-010-x/99-010-x2011001-fra.pdf> consulté le 20 juin 2013.

Statistiques Canada (2014) Appendice A: Lexique. En ligne <http://www.statcan.gc.ca/pub/91-215-x/2014000/appendix-appendice1-fra.htm>.

Statistiques Canada (2014). Estimations de la population du Canada, troisième trimestre de 2014. En ligne <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/141217/dq141217d-fra.htm>.

Statistiques Canada. (2006). Recensement de la population de 2006. En ligne <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/index-fra.cfm>.

Santé

Association Canadienne de Santé Publique (2012). La littératie en santé. En ligne <http://www.cpha.ca/fr/programs/portals/h-l.aspx> consulté le 9 Juin 2013.

Balarajan, R. (1991). Ethnic differences in mortality from ischaemic heart disease and cerebrovascular disease in England and Wales. *British Medical Journal*, 302:560–564. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.302.6776.560>.

Chandrakant, P. S.: (1995). Médecine préventive et santé publique au Canada. Laval : Presses de l'Université.

Cymbal, W., Bujnowski, S. (Décembre 2010) .Modèles et tendances migratoires : profil qualitatif. *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, 17 :7-11.

Jones, C.P. (2003). Confronting institutional racism. *Phylon*. En ligne <http://www.unnaturalcauses.org/assets/uploads/file/Jones-Confronting-Institutionalized-Racism.pdf> consulté le 25 juillet 2014.

Lalonde, M. (1974). Nouvelles perspectives de la santé des canadiens, un document de travail. Ministère de la santé nationale et du travail. En ligne <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-fra.pdf>. Page consultée le 20 juin 2013.

Margot, S.; et Shahin S. (2001). Déterminants de l'autoévaluation de la santé 82-003 au catalogue repéré sur le site de statistiques canada <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2001001/article/6023-fra.pdf>.

Massé, R. (1995). Culture et santé publique. Montréal : Gaëtan Morin.

McKeigue, P. M., Miller G. J., Marmott M.G.(1989). Coronary heart disease in south Asians overseas: a review. *Journal of Clinical Epidemiology*, 42(7):597-609. doi:10.1016/0895-4356(89)90002-4.

Meaney, M., Aitken, D., & Sapolsky, R. (1991). Postnatal handling attenuates neuroendocrine, anatomical, and cognitive disfunctions associated with aging in female rats. *Neurobiology. Aging*, 12:31-42. En ligne <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2002881> consulté le 20 novembre 2013.

Meaney, M., Aitken, D., Berkel, C., Bhatnagar, S., & Sapolsky, R. (1988). Effect of neonatal handling on age-related impairments associated with the hippocampus. *Science*, 239(4841):766-768. DOI:10.1126/science.3340858

Meaney, M.J., Aitken, D. H., Bodnoff, S.R., Iny, L.J., & Sapolsky, R.M. (1985). The effects of postnatal handling on the development of the glucocorticoid receptor systems and stress recovery in the rat. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 9(5):731-734. doi:10.1016/0278-5846(85)90050-8.

Ministère de la santé et des services sociaux. Québec. (2010). Le Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants - résultat d'une réflexion commune. En ligne <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-202-02.pdf> consulté le 9 août 2013.

Nazroo, J. Y. (2003). The structuring of ethnic inequalities in health: economic position, racial discrimination, and racism. *American Journal of Public Health*, 93 (2):277-284. En ligne <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447729/pdf/0930277.pdf>. Consulté le 27 juin 2013.

OMS (2010) les déterminants sociaux de la santé En ligne http://www.who.int/social_determinants/fr/ page consultée le 16 juin 2013

Santé Canada. (2010). La santé des migrants sous un nouvel angle. *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, 17:3-6.

Stewart, R., Prince, M., Richards, M., Brayne, C., Mann, A. (2001). Stroke, vascular risk factors and depression: Cross-sectional study in a UK Caribbean-born population: Cross-sectional study in a UK Caribbean-born population *The British Journal of Psychiatry*, 178(1):23-28. DOI: 10.1192/bjp.178.1.23.

Capital social-réseau social

Akcomak, S. I. (2011). Social Capital of Social Capital Researchers. *Review of Economics and institutions*, 2(2):1-28. DOI: <http://dx.doi.org/10.5202/rei.v2i2.32>.

Bourdieu, P. (1980). Le capital social notes provisoires. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 31(31):2-3.

Coleman, J.S. (1988). Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology*, 94:S95-S120.

Derrick, T. (2011). Réseaux personnels et adaptation des immigrants sur le plan économique. Composante du produit no 11-008-X au catalogue. En ligne sur le site de Statistique Canada <http://www.statcan.gc.ca/pub/11-008-x/2011002/article/11592-fra.pdf>.

Durkheim E. (1969). Le suicide. Paris. Les Presses universitaires de France.

Elias, N., Scotson, J. (1997). Logiques de l'exclusion. Paris : Fayard.

Fortin, A. (1994). La famille, premier et ultime recours, In : F. Dumont, S. Langlois et Y. Martin (Eds), *Traité des problèmes sociaux* (pp 947-962). Québec : Institut québécois de recherche sur la culture.
<http://dx.doi.org/doi:10.1522/cla.foa.fam>.

Franke, S. (2005). La mesure du capital social. Document de référence pour la recherche, l'élaboration et l'évaluation de politiques publiques. Repéré sur le site du projet de recherche sur les politiques.
<http://publications.gc.ca/Collection/PH4-27-2005F.pdf>.

Granovetter, M. S. (1973). The Strength of Weak Ties. *The American Journal of Sociology*, 78 (6):1360-1380.

Hanifan, L. J. (1916). The Rural School Community Centre. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 67:130-38. En ligne <http://www.jstor.org/stable/pdf/1013498.pdf>. Consulté le 20 novembre 2012.

Hobbes T. (1651). Léviathan. Traité de la matière, de la forme et du pouvoir ecclésiastique et civile. En ligne <http://dx.doi.org/doi:10.1522/cla.hot.lev>.

Lévesque, M., White D. (1999). Le concept de capital social et ses usages. *Lien social et politiques*, 41 :23-33. DOI : 10.7202/005148ar.

Lin, N. (1995). Les ressources sociales : une théorie du capital social. *Revue française de sociologie*, 36 (36-4) : 685-704. DOI : [10.2307/3322451](https://doi.org/10.2307/3322451).

Lin, N. (1999). Building a Network Theory of Social Capital, *Connection*, 22(1):28-51.

Lin, N. (2000). Inequality in Social Capital. *Contemporary Sociology*, 29 (6):785-795.

Loury, G. C. (1976). Dynamic Theory of Racial Income Differences, In P. Wallace (ed), *Women, Minorities and Employment Discrimination* (pp. 153-186). New York: Lexington Books.

Luhmann, N. (2001). Confiance et familiarité, Problèmes et alternatives. *Réseaux*, 4(108) :15-35.

Mercklé, P. (2011). *Sociologie des réseaux sociaux (3^e éd)*, Paris : La Découverte.

Portes, A. (1998). Social capital: Its origins and applications in modern sociology. *Annual Review of Sociology*, 24:1-24. DOI: 10.1146/annurev.soc.24.1.1.

Putnam, R.D., Leonardi R, Nanetti R. (1993) Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy. Princeton: Princeton University Press

Putnam, R.D. (1995). Bowling Alone: America's Declining Social Capital. *Journal of Democracy*, 6(1):65-78.

UNESCO. (1982). Déclaration de Mexico sur les politiques culturelles. Conférence mondiale sur les politiques culturelles. En ligne

http://portal.unesco.org/culture/fr/files/12762/11295422481mexico_fr.pdf/mexico_fr.pdf consulté le 15 mars 2014.

Weber, M. (1970). *Économie et société*. Paris : Plon.

Woolcock, M. 2001. The Place of Social Capital in Understanding Social and Economic Outcomes. *Isuma: Canadian Journal of Policy Research*, 2(1).

Woolcock, M. and D. Narayan. (2000). Social Capital: Implications for Development Theory, Research and Policy. *World Bank Research Observer*, 15(2): 225-249. doi: 10.1093/wbro/15.2.225.

World Bank (211). What is social capital? En ligne

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALDEVELOPMENT/EXTTSOCIALCAPITAL/0,,contentMDK:20185164~menuPK:418217~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:401015,00.html> consulté le 12 mai 2014.

Zukewich, N. et Douglas N. (2005). National Experiences and International Harmonization in Social Capital. Measurement: A Beginning. Présentée à la réunion, tenue les 9–11 février du Groupe de Siena à Helsinki. En ligne <http://www.tilastokeskus.fi/sienagroup2005/douglas1.pdf>.

Capital/Réseau social et santé

Benoit, M. et Dragon, J. (2013). Le travail de soins en situation linguistique minoritaire. Éléments pour une réflexion éthique sur la collaboration Interprofessionnelle avec les traducteurs/interprètes au Canada. *Perspective soignante*, 48 :112-134.

Benoit, M., Bouchard, L. et Leis, A. (2012). Les inégalités sociales de santé affectant les communautés francophones en situation minoritaire (CFSM) du Canada. *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, 18(2) :204

Berkman, L. F. (1995). The role of social relations in health promotion. *Psychosomatic Medicine*, 57(3) :245-254.

Berkman, L., Glass, T., Brissette, I. Teresa, E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51:843-857.

Bowling A. (1991). Social support and social networks: their relationship to the successful and unsuccessful survival of elderly people in the community. An analysis of concepts and a review of the evidence. *Family Practice*, 8(1):68-83. doi: 10.1093/fampra/8.1.68.

Cohen, S.(1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7:269–297.

Hanson, B., Isaccsson, S., Janzon, L., Lindell, S. (1990). Social support and quitting smoking for good: is there an association? Results from the population

study Men Born in 1914 .Malino, Sweden . *Addictive Behaviors*, 15(3):221-233.
doi:10.1016/0306-4603(90)90065-6.

Harris, R., Tobias, M., Jeffreys, M., Waldegrave, K., Karlsen, S. et Nazroo, J. (June 2006). Effects of self-reported racial discrimination and deprivation on Maori health and inequalities in New Zealand: cross-sectional study. *The Lancet*, 367(9527):2005-9 DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68890-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68890-9).

Hawe, P., Shiell, A. (September 2000). Social capital and health promotion: a review. *Social Science and Medicine*, 51(6):871-85. doi:10.1016/S0277-9536(00)00067-8.

Hiebert, D. (2011). Logement précaire et itinérance cachée chez les réfugiés, les demandeurs d'asile et les immigrants à Montréal, à Toronto et à Vancouver. En ligne sur le site de [Emploi et Développement social Canada](http://www.edsc.gc.ca/fra/communautes/sans_abri/recherche/pdc/immigrants/precaire.shtml).
http://www.edsc.gc.ca/fra/communautes/sans_abri/recherche/pdc/immigrants/precaire.shtml.

Holahan, C., Moos, R., Brennan C.K. H P. (1997). Social context, coping strategies, and depressive symptoms: an expanded model with cardiac patients.. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(4):918–928.
<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.72.4.918>.

Holahan, C., Moos, R., Holahan, C., Brennan, P. (Mars 1995). Social support, coping, and depressive symptoms in a late-middle-aged sample of patients reporting cardiac illness. *Health Psychology*, 14(2):152-63.
<http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.14.2.152>.

House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Structures and Processes of Social Support. *Annual Review of Sociology*, 14:293-318.

Hurtado, D., Kawachi, I., Sudarsky, J. (February 2011). Social capital and self-rated health in Colombia: the good, the bad and the ugly. *Social Science & Medicine*, 72(4):584-90. doi:10.1016/j.socscimed.2010.11.023.

Hyman I. (2009). Le racisme comme déterminant de la santé des immigrants. Reperé sur le site de metropolis Canada.
http://canada.metropolis.net/pdfs/racism_policy_brief_f.pdf. consulté le 12. Mars 2014.

Kawachi I., Kennedy, B., Kimberley, L. and Prothrow-Stith, D. (1997). Social capital, income inequality and mortality. *American Journal of Public Health*, 87(9):1491–1498. doi: 10.2105/AJPH.87.9.1491.

Kawachi, I. (1999). «Social capital and community effects on population and individual health. Proceedings of the New York. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896:120-30. DOI: 10.1111/j.1749-6632.1999.tb08110.x

Kawachi, I. (2001). Social capital for health and human development. *Development*, 44(1):31-35. doi:10.1057/palgrave.development.1110211.

Kawachi, I., Kennedy, B. P., & Glass, R. (August 1999). Social capital and self-rated health: A contextual analysis. *American Journal of Public Health*, 89(8):1187-93.

Kawachi, I., Kennedy, B. P., Glass, R., (1999). Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *Journal of Epidemiol and Community Health*, 60:513-521 doi: [10.1136/jech.2005.040154](https://doi.org/10.1136/jech.2005.040154).

Kelagher, M., Paul, S., Lambert, H., Ahmad, W., Paradies, Y. George Davey S. (April 2008). Discrimination and health in an English study. *Social Science and Medicine*, 66:1627-36. doi:10.1016/j.socscimed.2007.12.005.

Kemenade VS. (2003). Capital as a Health Determinant How is it Defined ? Working Paper Evidences from Population-Based Health Surveys in Canada. Répéré sur le site de santé Canada. <http://publications.gc.ca/collections/Collection/H13-5-02-7E.pdf> consulté le 20 novembre 2013.

Kirsten, P., Smith, L and Nicholas A. C. (August 2008). Social Networks and Health. *Annual. Review of Sociology*, 34:405–29. DOI: 10.1146/annurev.soc.34.040507.134601.

Krieger, N., Kosheleva, A., Waterman, P.D., Chen, J.T., Koenen, K. (2011). Racial discrimination, psychological distress, and self-rated health among US-born and foreign-born Black Americans. *American Journal of Public Health*, 101(9):1704–1713. doi: 10.2105/AJPH.2011.300168.

Kubzansky, L.D., Kawachi, I. (April-May, 2000). Going to the Heart of the Matter: Negative Emotions and Coronary Heart Disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 48(4-5):323-337. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999\(99\)00091-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999(99)00091-4).

Landrine, H. , Richardson, J. L., Klonoff E. A., and Flay B. (1994) “Cultural diversity in the predictors of adolescent cigarette smoking: the relative influence of peers. *Journal of Behavioral Medicine*, 17(3):331-336. DOI: 10.1007/BF01857956.

Lomauro, T. A: (1990). Social support, health locus-of-control, and coping style and their relationship to depression among stroke victims. *Dissertation Abstracts International*, 51(5-b):2628. Doctoral Dissertation, St. John University US,

Macinko, J. and Starfield, B. (2001) .The Utility of Social Capital in Research on Health Determinants. *The Milbank Quarterly*, 79(3):387–427. doi: [10.1111/1468-0009.00213](https://doi.org/10.1111/1468-0009.00213).

Marsden, P., & Friedkin, N. (1994). Network studies of social influence. In S. Wasserman, & J. Galaskiewicz (Eds.), *Advances in social network analysis: Research in the social and behavioral sciences*. (pp. 3-26). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc. doi: <http://dx.doi.org/10.4135/9781452243528.n1>.

Matt, G., Dean A. (1993). Social support from friends and psychological distress among elderly persons: moderator effects of age. *Journal of Health and Social Behavior*, 34(3):187-200. DOI: 10.2307/2137201.

Morris, P.L., Robinson, R.G., Raphael, B., Bishop D. (1991). The relationship between the perception of social support and post-stroke depression in hospitalized patients. *Psychiatry*, 54(3):306–316. DOI: 10.1521/00332747.1991.11024559.

Murray, P., R., Johnston., J. J., Dolce, J., J., Lee, W. W., O'hara P.. (1995). Social support for smoking cessation and abstinence: the Lung Health Study. The Lung Health Study Research Group. *Addictive Behaviors*, 20(2):159–170. doi:10.1016/S0306-4603(99)80001-X.

Ndjondo Sandjo N. A. (2012). Les déterminants du mauvais état de santé auto-déclaré au Cameroun: une analyse à partir des données d'ECAM 3 . - Master en population et santé. Université de Ouagadougou Institut supérieur des sciences de la population. En ligne http://www.memoireonline.com/02/14/8740/m_Les-determinants-du-mauvais-etat-de-sante-auto-declare-au-Cameroun-une-analyse--partir-des0.html.

OMS. (2003). Social determinants of health: The solid facts. Réperé sur le site de l'OMS. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf

Siebert S. (August, 1974). Toward a theory of role accumulation. *American Sociological Review*, 39(4):567–578. <http://dx.doi.org/10.2307/2094422>.

Szreter, S. & Woolcock, M. (2004). Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health. *International Journal Epidemiology*, 33(40) :650-67. doi: 10.1093/ije/dyh013

Thiots, P.A. (1983). Multiple identities and psychological well-being: a reformulation of the social isolation hypothesis. *American Sociological Review*, 48(2):174–187.

Trieber, F., Baranowski, T., Broden, D., Strong, W., Levy, M, Knox, W. (1991). Social support for exercise: relationship to physical activity in young. *Preventive Medicine*, 20(6):737–750. DOI: 10.1016/0091-7435(91)90068-

Weber, L., & Fore M. (2007). Race, Ethnicity and Health: An Intersectional Approach. In Hernan, V., & Feagin, J. (Eds.), *Handbooks of Sociology and Racial and Ethnic Relations*, pp. 191-219. New York: Springer Press.

Williams, D. R., Neighbors, H. W. & Jackson, J. S. (2003). Racial/Ethnic Discrimination and Health: Findings from Community Studies. *American Journal of Public Health*, 93(2), 200-208.

Immigration capital sociale et sante

- Attias-Donfut, C. & Tessier, P. (2005). Santé et vieillissement des immigrés. *Retraite et société*, 3(46):89-129.
- Beiser, M. (summer 2010). The Mental Health of Immigrant and Refugee Children in Canada: A Description and Selected Findings from the New Canadian Children and Youth Study (NCCYS). *Canadians issue*,. 103-107. Repéré sur le site du projet metropolis Canada http://www.metropolis.net/pdfs/immigrant_mental_health_10aug10.pdf.
- Beiser, M. (2005). The health of immigrants and refugees in Canada. *Canadian journal of public health*, 96(Supplément 2):S30-S44.
- Berchet, C. & JUSOT, F. (2009). Inégalités de santé liées à l'immigration et capital social : une analyse en décomposition. *Économie publique*, 1-2(24-25) :73-100.
- Berchet, C., Jusot, F.(2012) État de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français. *Questions d'économie de la santé* n° 172. En ligne. <http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes172.pdf>
- Bergeron, P. Auger, N. & Hamel, D. (2009). Weight, general health and mental health: status of diverse subgroups of immigrants in Canada. *Canadian Journal Public Health*, 100(3):215-220.
- Betancourt M.T. & Roberts K.C. (Décembre 2010). Tendances des maladies chroniques chez les immigrants au Canada. Analyse des données récentes. *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, 17:22-23 . Repéré sur le site de santé Canada http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/alt_formats/pdf/pubs/hpr-rpms/bull/2010-health-sante-migr-fra.pdf.
- Bischoff et al. (1997). *Migration and Health in Switzerland*. In: A. Huismann, C. Weilandt & A. Greiger, (eds), Country Reports on Migration and Health in Europe. Bonn: Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands e.V.
- Bollini, P. & Siem, H. (1995). No real progress towards equity: health of migrants and ethnic minorities on the eve of the Year 2000. *Social Science & Medicine*, 41(6) :819-828. [doi:10.1016/0277-9536\(94\)00386-8](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00386-8).
- Bouchard, L., Gilbert, A. & Landry, R. (Mai-Juin, 2006). Capital social, santé et minorités francophones. *Revue canadienne de santé publique*, 97 :17-21.
- Caidi, N. & Allard, D. (2005). Social Inclusion of Newcomers to Canada: An Information Problem? *Library & Information Science Research*, 27(3):302-324. DOI: 10.1016/j.lisr.2005.04.003.
- Carballo, M. (2005). International migration and Health. En ligne sur le site de la Commission mondiale sur les migrations internationales. <http://www.childmigration.net/files/TP13.pdf> consulté le 20 avril 2014

Carballo, M., Divino, J.J. and Zeric, D. (Décembre 1998). Migration and health in the European Union. *Tropical Medicine and International Health*, 3(12):936-944. DOI: 10.1046/j.1365-3156.1998.00337.x.

Chen, J. Ng, E. et Wilkins R. (1996). La santé des immigrants au Canada en 1994-1995 Rapports sur la santé. *Statistique Canada*, 7(4) :37-50. No 82-003 au catalogue. Repéré sur le site de statistiques Canada.
<http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/1995004/article/2818-fra.pdf>

Chiu, M., Austin, P.C. Manuel, D.G. Tu, J.V. (2011) Cardiovascular Risk Factor Profiles of Recent Immigrants vs Long-term Residents of Ontario: A Multi-ethnic Study. *Canadian Journal of cardiology*, 28(1):20–26 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cjca.2011.06.002>.

De Jong, J. (1994). Ambulatory mental health care for migrants in the Netherlands. *Curare*, 17(1):25–34.

De Maio, F. G. (2010). Immigration as pathogenic: a systematic review of the health of immigrants to Canada. *International Journal for Equity in Health*, 9:1-27. doi: [10.1186/1475-9276-9-27](https://doi.org/10.1186/1475-9276-9-27).

Dery, C. (2005). Social networks and health service utilization. *Journal of Health Economics*, 24 (6):1076–1107.

Diallo, L.; Lafrenière, G. (2007). Intervenir auprès des survivants de guerre, de torture et de violence organisée : compte-rendu d'un projet de recherche entre l'Université Wilfrid Laurier et le Centre de santé communautaire de Hamilton et Niagara. *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, 13(1) :41-77. DOI : 10.7202/016812ar.

Fang, L.. (Summer, 2010). Mental Health service utilization by Chinese immigrants: barriers and opportunities. *Canadian issues*, pp 70-74

Favard, T. & Dealberto, M.J. (2015). Risque accru de schizophrénie et de psychose chez les immigrés. Données françaises. *L'information psychiatrique*, 91(2) :118-128 DOI : 10.1684/ipe.2015.1302.

Gee, G.C., Ryan, A., Laflamme, D.J. & Holt, J. (2006). Self-reported discrimination and mental health status among African descendants, Mexican Americans, and other Latinos in the New Hampshire REACH 2010 Initiative: the added dimension of immigration. *American Journal of Public Health*, 96(10):1821-1828. doi: [10.2105/AJPH.2005.080085](https://doi.org/10.2105/AJPH.2005.080085).

Hien, A. & Lafontant, J. (2013). Iniquités de santé en milieu minoritaire : diagnostic de la situation chez les immigrants francophones de Sudbury. *Revue canadienne de santé publique*, 104(6) :71-74.

Hien, A. (2011). 5 raisons pour demander les services en français : prospection du domaine de la santé avec les immigrants et les nouveaux arrivants. Communication présentée au colloque sur les 25 ans de la Loi sur les services en

français (Ontario). http://documentationcapitale.ca/index.cfm?Repertoire_No=-751102913&voir=centre_detail&Id=4681

Huisman, A. (1997) Migration and Health in Germany. In Huisman, A., Weilandt, C. and Geiger, A. (eds.), Country Reports on Migration and Health in Europe. Wissenschaftlichesinstitut der ÄrzteDeutschlands e,V.Bonn

Hyman, I., & Beth, J. (Décembre 2010). L'effet immigrant en santé : un phénomène temporaire? *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, 17:17-21. Repéré sur le site de santé Canada http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/alt_formats/pdf/pubs/hpr-rpms/bull/2010-health-sante-migr-fra.pdf

Jennefer, A. (2002). La santé mentale des immigrants au Canada. *Supplément aux Rapports sur la santé*. No 13. 82-003 au catalogue. Repéré sur le site de Statistiques Canada <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-s/2002001/pdf/82-003-s2002006-fra.pdf> consultée le 05 mars 2015

Khanlou, N. (summer 2010) Migrant Mental Health in Canada Canadian issues p 9-16. Repéré sur le site du projet metropolis Canada http://www.metropolis.net/pdfs/immigrant_mental_health_10aug10.pdf

Kim, D., Subramanian S.V.B., & Kawachi, I. (2006). Bonding versus bridging social capital and their associations with self-rated health: a multilevel analysis of 40 US communities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(2):116-122. doi: [10.1136/jech.2005.038281](https://doi.org/10.1136/jech.2005.038281)

Kirmayer, L.J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A.G., Guzder, J., Hassan, G., Rousseau, C. & Pottie, K. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Canadian Medical Association Journal*, 183(12) E959-E967. doi: 10.1503/cmaj.090292

Lou, Y. & Beaujot, R. (2005). What happens to the 'healthy immigrant effect?': the mental health of immigrants to Canada. *Population studies centre Discussion Papers Series* 19(15) article 1 en ligne <http://ir.lib.uwo.ca/pscpapers/vol19/iss15/1/>

McKenzie, K., Hansson, E. Tuck, T. and Lurie, S. (summer, 2010). Improving Mental Health Services for Immigrant, Refugee, Ethno-cultural and Racialized Groups. *Canadian issues*, 65-69.

Nanhou, V. & Audet, N. (2008). Caractéristiques de santé des immigrants du Québec: comparaison avec les Canadiens de naissance Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Repéré sur le site de l'Institut de la statistique du Québec. <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/zoom-sante-200806.pdf>

Nanhou, V. & Bernèche, F. (2014). L'état de santé des immigrants du Québec a-t-il changé au cours des années 2000 par rapport à celui des Canadiens de

naissance? Une vue d'ensemble à partir d'indicateurs-clés. No 42. Repéré sur le site de l'Institut de la statistique du Québec

<http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/zoom-sante-201404-42.pdf>.

Newbold, B. (2005) Health status and health care of immigrants in Canada: a longitudinal analysis. *Journal of Health Services Research and Policy*, 10(2):77-83a. doi: 10.1258/1355819053559074

Newbold, K., B. (2009). The short term health of Canada's new immigrant arrivals: evidence from LSIC. *Ethnicity and Health*, 14(3): 315-36.

Ng E. (2011a). Le point sur l'effet de l'immigrant en santé : mortalité selon la période d'immigration et le lieu de naissance No 82-622-X au catalogue -n 008. Repéré sur le site de Statistiques Canada. <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-622-x/82-622-x2011008-fra.pdf>

Ng, E.(2011b). Effet de l'immigrant en santé et taux de mortalité • Santé en bref. No 82-003-XPF au catalogue Repère sur le site de Statistique Canada <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2011004/article/11588-fra.pdf>

Ng, E., Omariba, D. W. R. (2010). Is there a healthy immigrant effect in mental health? Evidences from population-based health surveys in Canada. *Canadian Issues: Immigrant Mental Health*, 23-28.

Ng, E., Pottie, K. & Spitzer, D. (2011c). Connaissance des langues officielles et état de santé autodéclaré des immigrants au Canada. Composante du produit no 82-003-X au catalogue. Repéré sur le site de Statistiques Canada <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2011004/article/11559-fra.pdf>.

Pérez, E. C. (2002). État de santé et comportements influant sur la santé des immigrants No 82-003 au catalogue. Repéré sur le site de statistique Canada <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-s/2002001/pdf/82-003-s2002005-fra.pdf>.

Rana A., De Souza, R.J., Kandasamy, S., Lear S. A.; Anand, S. (2014). Cardiovascular risk among South Asians living in Canada: a systematic review and meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*, 2(3): E183–E191. doi: [10.9778/cmajo.20130064](https://doi.org/10.9778/cmajo.20130064).

Rousseau, C., Hassan, G., Moreau, N., Jamil, U. & Lashley, M. (été, 2010) Du global au local : Repenser les relations entre l'environnement social et la santé mentale des immigrants et des réfugiés. *Thèmes canadiens*.88-92.

Samek D., A.; Laporte, A.; Nauenberg, E.; Shen, L. and Coyte P.C. (2012)The Effect of Social Capital on the Use of General Practitioners: A Comparison of Immigrants and Non-Immigrants in Ontario. *Healthcare Policy*, 8(1) :49-66.

Sanou, B. Beaudoin, M. Ngouabé, J. Lamothe L, (2014) Étude des besoins de santé des immigrants francophones de Sudbury. Rapport final de recherche. Repéré sur le site du Centre de Santé communautaire du grand Sudbury.

http://santesudbury.ca/sites/default/files/rapport_final_sante_des_immigrants_24_11_14.pdf.

Wilson., R., M. & Yogendra, B. S. (Summer 2010). Pre-migration and post-migration determinants of mental health for newly arrived refugees in Toronto. *Canadians Issues*. 45-49.

Wong, Y. L., R., Wong, J.P. & Fung, K.P. (summer, 2010). Mental health promotion through empowerment and community capacity building among east and southeast Asian and refugee women. *Canadian issues*, 108-113

Xu, M.A. & Mc Donald, J. T. (Summer 2010). The Mental Health of Immigrants and Minorities in Canada: The Social and Economic Effects. *Canadian issues*, 29-31.

Zhao, J, Xue, L. et Gilkinson, T. (2010). État de santé et capital social des nouveaux immigrants : données probantes issues de l'Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada. Repéré sur le site de Citoyenneté et Immigration Canada <http://www.cic.gc.ca/francais/pdf/recherche-stats/donnees-immigrants.pdf>.

Zheng, W. & Christoph, M. (2005). The Healthy Migrant Effect on Depression: Variation over Time? *Canadian Studies in Population*, 32(2): 271-295. En ligne <https://ejournals.library.ualberta.ca/index.php/csp/article/viewFile/15950/12755>.

ANNEXES



Laurentian University
Université Laurentienne



Centre de
santé communautaire
du Grand Sudbury

Recherche sur l'état de santé des immigrants et immigrantes

Vous êtes immigrant ou immigrante originaire d'Afrique et vous êtes arrivé(e)s au Canada il y a dix ans ou moins?

Nous sommes à la recherche d'immigrants et d'immigrantes d'origine africaine de 20 ans et plus pour qu'ils témoignent de leur expérience par rapport à l'effet de l'immigration sur leur état de santé.

L'entrevue, d'environ une heure, portera sur l'expérience du processus de l'immigration et de votre établissement au Canada. Nous cherchons à comprendre si, en tant qu'immigrant ou immigrante d'origine africaine, vos interactions avec la communauté et/ou avec les différentes institutions communautaires, provinciales ou fédérales pourraient avoir un rapport avec la manière dont vous percevez votre état de santé.

Si vous voulez en parler,

Contactez Sanou Boroma

Par téléphone au 705 688 6106 ou

Par courriel : sanoubm@yahoo.fr ou bsanou@laurentienne.ca

Nous vous remercions d'avance de vouloir partager votre expérience dans le cadre de cette étude universitaire.



ANNEXE 2- Guide d'entrevue

Thème 1: Capital social / intégration

Parlez-nous du processus de votre immigration depuis la prise de la décision d'immigrer jusqu'à votre arrivée à Sudbury .

Quels sont les réseaux communautaires et de santé que vous connaissez à Sudbury.

Expliquez votre façon de les utiliser.

Thème 2: Capital social intégration et santé

Expliquez en quoi le fait d'immigrer peut avoir un impact sur la santé physique et/ou mentale?

Quelle appréciation faites-vous de votre état de santé?

Quels sont vos plus grands défis de santé?

Quelle est la meilleure façon de s'intégrer dans une nouvelle société tout en restant en bonne santé selon vous?

Thème 3: Institutions de Santé

À qui vous réfèreriez-vous en cas de problème de santé physique et/ou mentale?

Parlez-nous de vos contacts avec les services sociaux, communautaires et de santé à Sudbury..

Le Centre de Santé communautaire de Sudbury (CSCS), offre des services communautaires et de santé depuis plusieurs années aux communautés francophones. Comment appréciez-vous leurs services?

Qu'est-ce qui pourrait contribuer à ce que les immigrants puissent se sentir plus à l'aise et intégrer avec les services communautaires et de santé à Sudbury?

Avez-vous quelque chose d'autre à ajouter?

Merci!

ANNEXE 3 : Données socio démographiques

Caractéristiques biologiques

1. Quelle est votre catégorie d'âge :
 - 20-30 ans ☐
 - 31-40 ans ☐
 - 41-50 ans ☐
 - 51-50 ans ☐
 - 61 et plus ans ☐
2. Sexe :
 - Masculin ☐
 - Féminin ☐
3. Votre lieu de naissance (Ville/pays) :

Occupation

4. Quelle est votre occupation actuelle :
 - Travailleur autonome ☐
 - Salarié ☐
 - Étudiant ☐
 - Chômeur ☐
 - Sans emploi ☐
5. Type d'emploi :

Immigration

6. À quelle date avez-vous immigré au Canada :
7. Dans quelle ville du Canada vous êtes établis en premier :
8. Êtes-vous allé dans d'autres villes par la suite?
 - Oui ☐
 - Non ☐
9. Si oui, laquelle ou lesquelles? :
10. Si oui, préciser la durée dans chaque ville:
11. Depuis quand êtes-vous à Sudbury ? :
12. Où habitez-vous dans votre pays d'origine?
 - Grande ville ☐

- Ville moyenne ☐
 - Village-milieu rural ☐
13. Catégorie d'immigration :
 - Indépendant ☐
 - Regroupement familiale ☐
 - Réfugié ☐
 - Autre ☐
 - Préciser

Connaissances linguistiques

14. Quelle est votre langue maternelle? :
15. Votre connaissance du français est:
 - Excellente ☐
 - Bonne ☐
 - Moyenne ☐
 - Passable ☐
 - Mauvais ☐
16. Votre connaissance de l'Anglais est:
 - Excellent ☐
 - bonne ☐
 - moyen ☐
 - Passable ☐
 - Mauvais ☐

Situation de famille

17. Religion :
18. Quel est votre État civil?:
 - Marié ☐
 - Divorcé ☐
 - Séparé ☐
 - Célibataire ☐
 - Veuf Veuve ☐
 - Union de fait ☐
 - Autre Préciser
19. Avec qui vivez-vous au Canada :
 - Famille ☐
 - Conjoint ☐
 - Enfants ☐
 - Seul ☐
 - Amis ☐
 - Autre Préciser
20. Niveau d'éducation
 - Pas d'études ☐
 - Études primaires ☐
 - Secondaire ☐
 - Universitaire ☐

21. Laquelle des personnes suivantes allez-vous contacter en premier pour des problèmes personnels ou importants? (exemple soucis, argent, santé, relation interpersonnelle)
- Père ☐
 - Mère ☐,
 - Frère ☐,
 - Sœur ☐,
 - Autre parent ou membre de la famille ☐
 - enseignant/professeur ☐,
 - Amis autres ☐
 - Je n'ai personne à qui me confier ☐

Santé

22. Avez-vous déjà eu un problème de santé physique?
- Oui ☐
 - Non ☐
- Si oui lequel ou lesquels?:**
- Maladies du Cœur, des artères ou des veines ☐,
 - Cancer(s). ☐
 - Maladies respiratoires ☐
 - Maladies nez/gorge/oreille ☐
 - Maladies des yeux ☐,
 - Maladies de la bouche / dents ☐
 - Problèmes digestifs ☐,
 - Maladies du foie ☐,
 - Maladies des os / articulations ☐
 - Maladies ou problèmes génitaux et urinaires ☐,
 - Maladies endocriniennes ☐,
 - Maladies neurologiques ☐
 - Maladies de la peau ☐,
 - Autres maladies ☐
23. Qui vous a assisté? :
- Hôpital ☐,
 - walk in clinique ☐,
 - Parents ☐,
 - Amis ☐,
 - Seul ☐
 - Autre ☐
 - (préciser) :
24. Avez-vous déjà eu un problème de santé mentale?
- oui ☐
 - Non ☐
- Si oui lequel ou lesquels?**
- Se sentir d'une humeur dépressive tendue ☐

- Sentir que tout ce que l'on fait est difficile et a nécessité un effort ☐
 - Sommeil non reposant trouble de sommeil insomnie ☐
 - Pas content ☐,
 - Sensation de solitude ☐,
 - Gens pas amicaux ☐
 - Ne pas profiter de la vie ☐,
 - Se sentir mal à l'aise ☐
 - Se sentir rejeter par les autres ☐
 - Ça ne va pas ☐
25. Qui vous a assisté :
- Hôpital ☐,
 - Walk in clinique ☐,
 - parents ☐,
 - amis ☐,
 - seul ☐
 - autre ☐
 - (préciser) :
26. Est-ce que vous fumez
- Oui ☐,
 - Non ☐
27. Est-ce que vous consommez régulièrement de l'alcool
- Oui ☐
 - Non ☐

Contacts avec les groupes associatifs (églises, mosquées)

28. Appartenez-vous ou militez-vous dans une organisation?
- Oui, ☐
 - Non... ☐
- Si oui, préciser :**
- Équipe de sport / ___/
 - Association ☐ (préciser) :
 - Parti politique ☐
 - Ressortissants du pays d'origine ☐
 - Mosquée ☐
 - Église ☐
 - Autre ☐ (préciser) :
29. Taille approximative du groupe :
30. Régularité (fréquence) des rencontres :
31. Participation aux rencontres :
- Toujours ☐

- Souvent ☐
- Quelquefois ☐
- Rarement ☐
- Pas du tout ☐

32. Selon vous, doit-on faire confiance aux autres?

- Toujours ☐
- souvent ☐
- quelquefois ☐
- rarement ☐
- pas du tout ☐

33. Êtes-vous quelqu'un de très méfiant?

- Oui, ☐
- Non... ☐

34. Selon vous faut-il aider les autres?

- Toujours ☐
- Souvent ☐
- Quelquefois ☐
- Rarement ☐
- Pas du tout ☐

35. Avez-vous déjà fait appel au contact interculturel

- Oui ☐
- non ☐

Si oui, parlez-nous-en

.....

Contacts avec le système de santé (médecins, infirmières, psychologues...)

36. Avez-vous déjà eu à faire au système de santé?

- Oui ☐
- Non ☐

37. Si oui, est-ce que ce fut une expérience

- Heureuse ☐,
- Malheureuse ☐,
- Difficile ☐
- Compliquée ☐
- Enrichissante ☐

38. Expliquez-nous comment cela s'est passé?) :

.....

39. Avez-vous des inquiétudes face au système de santé canadien?

- Oui ☐
- Non ☐
- Si oui. lesquelles? :.....

.....

40. Pensez-vous que le personnel de santé canadien est aussi efficace que celui de votre pays d'origine

- oui ☐
- non ☐

41. Pensez-vous que le personnel de santé canadien sera capable de reconnaître diagnostiquer votre problème de santé?

- Oui toujours ☐
- souvent ☐
- quelquefois ☐
- rarement ☐
- pas du tout ☐

42. Est-ce que le personnel de santé a été capable de traiter efficacement votre problème de santé?

- Oui toujours ☐
- souvent ☐
- quelquefois ☐
- rarement ☐
- pas du tout ☐

43. Est-ce que le personnel de santé a été en mesure de bien comprendre ce que lui expliquiez?

- Oui ☐
- non ☐

44. Selon vous quel était le problème?
.....
.....

Contacts avec les services gouvernementaux et sociaux (travailleur social, policier, avocat)

45. Avez-vous déjà eu à faire avec des services sociaux?

- Oui ☐
- non ☐

46. Expliquez-nous comment cela s'est passé. (expérience malheureuse –expérience heureuse) :

.....
.....
.....

47. Diriez-vous que le personnel des services sociaux canadien a répondu convenablement à vos besoins

- Oui ☐
- non ☐

- Sinon, expliquez :
.....

48. Est-ce que le personnel des services sociaux a trouvé une solution pour votre problème?

- Oui ☐
- non ☐

Sinon expliquez :
.....
.....

49. Contacts avec Police, banque, téléphonie, épicerie, supermarché, boutiques, etc.

50. Avez-vous déjà eu à faire aux services ci-dessus ?

- Non ☐
- oui ☐

Si oui, expliquez comment cela s'est passé. (expérience malheureuse –expérience heureuse) :
.....
.....
.....

51. Pensez-vous que le personnel des services gouvernementaux sera capable de comprendre vos problèmes?

- Oui toujours ☐
- souvent ☐
- quelquefois ☐
- rarement ☐
- pas du tout ☐

52. Pensez-vous que le personnel des services gouvernementaux sera capable de trouver une solution acceptable pour vos problèmes?

- Oui toujours ☐
- Souvent ☐
- Quelquefois ☐
- Rarement ☐
- Pas du tout ☐

[illegible]

Merci de votre participation

ANNEXE 4 Formulaire de consentement



Laurentian University
Université Laurentienne



Centre de
santé communautaire
du Grand Sudbury

Formulaire de consentement

Titre de la recherche: L'état de santé des immigrants: une étude qualitative à propos des immigrants africains de Sudbury.

Responsable de la recherche: Sanou Boroma, étudiant en maîtrise de sociologie à l'université Laurentienne. 705 675 1151 x 4118 bsanou@laurentienne.ca

Directrice de la recherche: Monique Benoit, PhD: Professeure au département de sociologie, Université Laurentienne 705 675-1151 x4215 mbenoit@laurentian.ca

Cette étude, réalisée dans le cadre d'une maîtrise en sociologie, n'est pas subventionnée.

Préambule

Les Africains à l'instar de tous les autres immigrants au Canada, comme partout ailleurs dans le monde, sont dans une situation sociale particulière. Or, il est établi que la qualité des relations sociales peut influencer l'état de santé d'un individu. Ce que l'on ne connaît pas encore bien, ce sont les mécanismes par lesquels ces facteurs sociaux peuvent agir pour déterminer l'état de santé. C'est un domaine pas assez exploré en ce qui concerne les immigrants originaires de pays africains. C'est pourquoi notre étude cible cette catégorie sociale afin de comprendre comment les immigrants africains interagissent avec la communauté et/ou avec les différentes institutions communales, provinciales ou fédérales et dans quelles mesures ces interactions pourraient avoir un rapport avec leur état de santé.

Cette étude devrait nous permettre de mettre en évidence des facteurs sociaux qui peuvent déterminer l'état de santé des nouveaux arrivants et par la même occasion fournir des informations pertinentes qui pourraient être prises en compte dans les différentes institutions communales, provinciales ou fédérales. Toute chose qui pourra contribuer à la prise de décisions relatives à l'intégration des immigrants et à leur santé en particulier.

Participation

Votre participation à ce projet sera requise pour une entrevue d'environ une heure. Cette entrevue aura lieu à l'endroit qui vous conviendra et selon vos disponibilités. Vous aurez à répondre à des questions sur votre immigration au Canada, votre famille, le cercle de vos relations sociales au Canada ou à Sudbury, comment vous estimez votre état de santé ainsi que votre expérience avec le système de santé. Cette entrevue sera enregistrée sur bande audio.

Votre participation à ce projet de recherche vous apportera l'avantage de parler de problèmes que rencontrent fréquemment les immigrants ici au Canada. À cela s'ajoute le fait

qu'elle contribuera à l'avancement des connaissances entourant les mécanismes entre la santé et l'intégration dans la société et à l'amélioration des services offerts aux immigrants.

Votre participation à la recherche ne devrait pas comporter d'inconvénients significatifs, si ce n'est le fait de donner de votre temps. Vous pourrez demander de prendre une pause ou de poursuivre l'entrevue à un autre moment qui vous conviendra.

Il est entendu que votre participation à cette recherche est tout à fait volontaire et que vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Si toutefois vous vous retiriez de l'étude, demandez-vous que les documents audio ou écrits vous concernant soient détruits? Oui ☐ Non ☐

Durant votre participation à cette recherche, je vais recueillir et consigner dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet de recherche seront recueillis. Ils peuvent comprendre les informations suivantes : nom, sexe, date de naissance, origine ethnique, enregistrements vidéo ou audio, habitudes de vie, etc.

Tous les renseignements recueillis au cours de cette recherche demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié(e) que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par moi-même et détruite à la fin de la recherche.

Je vais utiliser les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet de recherche décrits dans ce formulaire. Les données de cette recherche pourront être publiées dans des revues scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera d'information permettant de vous identifier. Les données recueillies seront conservées, sous clé, pour une période n'excédant pas 5 ans. Après cette période, les données seront détruites. Aucun renseignement permettant d'identifier les personnes qui ont participé à l'étude n'apparaîtra dans aucune documentation.

Si vous désirez être informé des résultats de la recherche et des publications qui en découleront, le cas échéant. Veuillez signer et donner votre adresse courriel pour vous rejoindre :

Le Comité d'éthique de la recherche de l'Université Laurentienne a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement, ainsi qu'au protocole de recherche. Vous pouvez parler de tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à cette recherche avec moi-même ou expliquer vos préoccupations à l'Administrateur déontologique, Bureau de la Recherche de l'Université Laurentienne, téléphone : 705-675-1151 poste 2436 ou 1-800-461-4030 ou par courriel éthique@laurentian.ca.

Consentement libre et éclairé

Je, _____ (lettres capitales) déclare avoir lu et/ou compris le présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction.

Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Signature de la participante ou du participant: _____

Fait à _____ , le _____ 2014

Annexe 5 Lettre de partenariat avec le CSCGS



Le 30 octobre 2013

Cher M. Sanou,

Par la présente, je tiens à confirmer l'appui que le Centre de santé communautaire du Grand Sudbury (CSCGS) offrira à votre projet de recherche intitulé : "L'état de santé des immigrants : une étude qualitative à propos des immigrants africains de Sudbury" qui a comme objectif de comprendre comment ou dans quelles mesures les interactions des immigrants africains de Sudbury avec le milieu d'accueil pourraient avoir un rapport avec leur état de santé.

Le Centre de santé communautaire du Grand Sudbury existe pour assurer la santé de la communauté francophone. Cet objectif de santé est interprété de façon à inclure, entre autres:

- l'accès aux soins primaires
- la prévention des maladies
- la promotion de la santé
- le développement communautaire
- l'intégration des services

La population immigrante francophone du Grand Sudbury connaît une croissance importante depuis plusieurs années, et celle-ci se reflète dans la composition démographique de la clientèle du CSCGS. En effet, cette tendance démographique a incité le conseil d'administration du CSCGS à identifier la communauté immigrante francophone comme une population prioritaire de son plan stratégique 2012-2015.

Le CSCGS est prêt à collaborer avec vous M. Sanou afin d'assurer le succès de cette recherche. Par exemple, une fois que la demande déontologique sera approuvée, nous acceptons de vous donner accès à nos données médicales sur la clientèle immigrante francophone, et aussi de vous offrir notre appui par l'administration d'un sondage et de groupes de discussion. Nous nous entendons que les données générées par la recherche seront la propriété conjointe de vous-même et du CSCGS.

Le CSCGS est convaincu de la valeur des connaissances qui seront générées par votre recherche et nous vous souhaitons beaucoup de succès dans ce projet.

Veuillez agréer, Monsieur Sanou, mes sentiments respectueux.

Le directeur général,

Denis Constantineau

19, chemin Froot
Sudbury ON P3C 4Y9
tél. : (705) 670-2274
téléc. : (705) 670-2587

26, rue Main Est
Chelmsford ON P0M 1L0
tél. : (705) 855-1513
téléc. : (705) 855-2510

688, rue Emily
Hanmer ON P3P 1E4
tél. : (705) 969-5560
téléc. : (705) 969-1402

Annexe 6 : Lettre d’approbation du comité d’éthique



APPROVAL FOR CONDUCTING RESEARCH INVOLVING HUMAN SUBJECTS

Research Ethics Board – Laurentian University

This letter confirms that the research project identified below has successfully passed the ethics review by the Laurentian University Research Ethics Board (REB). Your ethics approval date, other milestone dates, and any special conditions for your project are indicated below.

TYPE OF APPROVAL / New <input checked="" type="checkbox"/> / Modifications to project / Time extension	
Name of Principal Investigator and school/department	Sanou Boroma (Sociologie) Monique Benoit (directeure, Sociologie)
Title of Project	L'ÉTAT DE SANTÉ DES IMMIGRANTS: UNE ÉTUDE QUALITATIVE À PROPOS DES IMMIGRANTS AFRICAINS DE SUDBURY
REB file number	2013-12-02
Date of original approval of project	January 13, 2014
Date of approval of project modifications or extension (if applicable)	
Final/Interim report due on	January 13, 2015
Conditions placed on project	Final report due on January 13, 2015

During the course of your research, no deviations from, or changes to, the protocol, recruitment or consent forms may be initiated without prior written approval from the REB. If you wish to modify your research project, please refer to the Research Ethics website to complete the appropriate REB form.

All projects must submit a report to REB at least once per year. If involvement with human participants continues for longer than one year (e.g. you have not completed the objectives of the study and have not yet terminated contact with the participants, except for feedback of final results to participants), you must request an extension using the appropriate REB form.

In all cases, please ensure that your research complies with Tri-Council Policy Statement (TCPS). Also please quote your REB file number on all future correspondence with the REB office.

Congratulations and best of luck in conducting your research.

A handwritten signature in black ink that reads "Susan James". The signature is written in a cursive, flowing style.

Susan James, Chair

Laurentian University Research Ethics Board

LEXIQUE

La population née à l'étranger (également désignée par le terme *population immigrante*) désigne dans le Recensement de 2006 les personnes qui sont, ou qui ont déjà été, des immigrants reçus au Canada. Dans cette analyse, la population née à l'étranger ne comprend pas les résidents non permanents – qui sont des personnes au Canada titulaires d'un permis de travail ou d'études, ou encore des demandeurs du statut de réfugié. La population née à l'étranger exclut aussi les citoyens canadiens de naissance qui sont nés à l'étranger. Ces derniers sont considérés comme étant des Canadiens de naissance ou des non-immigrants. (Statistique Canada, <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-557/note-fra.cfm>)

Les immigrants récents font référence aux immigrants reçus qui sont arrivés au Canada au cours des cinq années ayant précédé un recensement donné. Dans le cas du Recensement de 2006, les immigrants récents sont des immigrants reçus qui sont arrivés au Canada entre le 1^{er} janvier 2001 et le jour du recensement, soit le 16 mai 2006. De même, les immigrants récents dans le cadre du Recensement de 2001 sont les nouveaux arrivants de l'époque, c'est-à-dire ceux qui sont arrivés au Canada entre le 1^{er} janvier 1996 et 15 mai 2001, jour du recensement. (Statistique Canada, <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-557/note-fra.cfm>)

La citoyenneté désigne le statut juridique de citoyen du répondant. La citoyenneté canadienne s'obtient soit à la naissance, soit par naturalisation. Un petit nombre de personnes nées hors du Canada, mais ayant au moins un parent canadien sont considérées comme citoyens canadiens de naissance. Seuls les immigrants reçus qui satisfont à certaines exigences sont admissibles à la citoyenneté canadienne par naturalisation. (Statistique Canada, <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-557/note-fra.cfm>)

La naturalisation désigne le processus par lequel une personne obtient la citoyenneté canadienne. Seuls les immigrants qui satisfont à certains critères, comme la résidence, la langue et d'autres exigences, sont admissibles à la citoyenneté canadienne par naturalisation. (<http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-557/note-fra.cfm>)